

(Travail de la Clinique Chirurgicale de Mr le Professeur P. SANTY)

L'anastomose duodéno-gastrique par implantation au bouton après gastrectomie et gastroduodenectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Juillet 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul CHATTOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 30 Décembre 1914, à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

L'ANASTOMOSE DUODÉNO-GASTRIQUE
PAR IMPLANTATION AU BOUTON
APRÈS GASTRECTOMIE ET GASTRODUODENECTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554206_0033

(Travail de la Clinique Chirurgicale de M^r le Professeur P. SANTY)

L'anastomose duodéno-gastrique par implantation au bouton après gastrectomie et gastroduodenectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Juillet 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul CHATTOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 30 Décembre 1914, à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BÉRARD, COURMONT, GUIART, PIERY, CADE, THÉVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	RHENIER.
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT
Chimie biologique et médicale	X
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	DECHAUME.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J.-F.
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	GATÉ.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	M. NOEL.
---------------------------------------	----------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAULT	IEVRAT	FROMENT (R.).
CHAMBON	CROIZAT	PANSSILLON	MARTIN (P.-E.).
REVOL	DELORE	MALLET-GUY	MOUNIER-KUHN
ENSELME	JOSSERAND	ROMAN	BROUSSY
SEDALLIAN	MORIN	PEYCELON	JOURDAN
CREYSSSEL	BFRTRAND	PIGEAUD	
DE ROUGEMONT	CLAVEL	PIFFAULT	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SANTY, *président* ; ROCHET, *assesseurs*
CREYSSSEL et MALLET-GUY.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA FEMME

A MON PÈRE

guide et exemple de ma vie

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A notre Maître et Président de thèse Monsieur le Professeur
Paul SANTY

Chez lui nous avons été hypo, externe et interne.
A chacun de ces stades nous avons ressenti un peu
plus la paternelle sollicitude dont nous étions l'objet.

Des mois pendant lesquels nous avons suivi son
enseignement et admiré la perfection de son art, nous
garderons un souvenir ineffaçable.

Il nous a fait un très grand honneur en nous
confiant le soin de soutenir ici une thèse qui lui est
chère et en présidant notre Jury.

Qu'il nous permette de lui exprimer notre pro-
fonde gratitude et notre respectueux attachement.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé Ph. ROCHET

Dans l'atmosphère éminemment sympathique de son service, nous avons été séduit par l'élégance de sa technique et la prudence de ses indications.

Nous souhaitons ardemment en garder l'empreinte et nous lui exprimons notre très fidèle reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé J. CREYSSEL

Il nous fit l'honneur de nous accepter dans sa conférence de Chirurgicat. Avec une bienveillance et une indulgence sans bornes il consacre à notre formation son lumineux enseignement.

Qu'il nous permette de lui dire toute notre gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé P. MALLET-GUY

Six mois passés dans son service de la Croix-Rousse nous avaient permis d'apprécier son dynamisme chirurgical et son esprit de recherche. A la fin de notre internat il nous a accueilli près de lui, il peut compter sur notre reconnaissance.

A notre Maître Monsieur le Professeur E. VILLARD

Nous savons apprécier l'honneur d'avoir été son interne. Il a mis sous nos yeux l'exemple d'une haute maîtrise chirurgicale au service d'une méthode rigoureuse. Nous le prions d'accepter notre respectueuse admiration.

A notre Maître Monsieur le Docteur A. RICARD

qui nous a fait l'honneur de nous traiter en élève et en ami. Nous lui exprimons notre immense gratitude et notre attachement respectueusement affectueux.

A notre Maître Monsieur le Professeur J. CIBERT

Notre semestre passé dans son service compte parmi les plus fructueux de notre internat. En même temps que le chirurgien, il incarne à nos yeux l'homme de cœur.

Qu'il veuille bien croire à notre reconnaissance et à notre admiration.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur L. TIXIER

Monsieur le Professeur Agrégé H. ROUBIER

Externat

Monsieur le Professeur Agrégé P. WERTHEIMER

Monsieur le Professeur P. SANTY

Monsieur le Professeur REBATTU

Monsieur le Professeur Ch. GARIN

Monsieur le Docteur L. GRAVIER (in memoriam)

Monsieur le Professeur Agrégé P. TRILLAT

Internat

Monsieur le Professeur Agrégé M. GUILLEMINET

Monsieur le Docteur P. IMBERT

Monsieur le Professeur Agrégé Ph. ROCHET

Monsieur le Professeur Agrégé P. MALLET-GUY

Monsieur le Professeur G. COTTE

Monsieur le Docteur A. RICARD

Monsieur le Professeur J. CIBERT

Monsieur le Professeur SANTY

A nos Maîtres du Laboratoire d'Anatomie

Monsieur le Professeur A. LATARJET

Monsieur le Professeur GABRIELLE

Monsieur le Professeur Agrégé Ch. CLAVEL

A Messieurs les Docteurs J. MARION
P. COLSON
M. BERARD
M. BALLIVET

A mes Conférenciers d'Externat et d'Internat

Messieurs les Docteurs Ph. FRIEH
J. ROGET
A. TRILLAT
J. GONNET (in memoriam)
M. GIGNOUX
J. GONIN

A mes camarades de l'Internat

A mes amis Félix MAGNIN et J. HUTINEL

dont le concours me fut précieux lors de l'examen des opérés qui figurent dans la statistique.

L'ANASTOMOSE DUODÉNO-GASTRIQUE PAR IMPLANTATION AU BOUTON APRÈS GASTRECTOMIE ET GASTRODUODENECTOMIE

En 1910, prenant la défense de la gastro-duodénostomie comme mode d'anastomose après gastrectomie, Chevrier écrivait [1] : « Il est des opérations chirurgicales qui souffrent d'un discrédit immérité. Des arguments, en apparence convainquants, ont emporté une première condamnation que la plupart enregistrent et ratifient les yeux fermés sans chercher à savoir si, grâce aux progrès accomplis, certaines charges n'ont pas perdu de leur poids ».

A trente ans de distance, nous faisons nôtre l'opinion de Chevrier et nous venons plaider preuves en mains, la cause de l'anastomose gastro-duodénale.

Nous rapportons la statistique du Professeur Santy concernant 100 gastrectomies exécutées pendant 18 mois, et terminées par ce mode d'anastomose. La large utilisation de cette méthode et la qualité de ses résultats nous autorisent à revendiquer pour cette opération, à peu près abandonnée en France, la place de choix qu'elle mérite dans la chirurgie gastrique.

[1] CHEVRIER. — L'anastomose gastro-duodénale après gastrectomie. *Revue de Gynécologie*, 1910. T. 15, p. 467.

LE MODE D'ANASTOMOSE APRÈS GASTRECTOMIE EVOLUTION DES IDÉES ET DES TECHNIQUES

Le Mercredi 9 Avril 1879, à la Maison des Frères St-Jean de Dieu, à Paris, Jules-Emile Péan intervenant chez un malade porteur « des signes d'un rétrécissement du pylore » découvrit « une tumeur dont le centre correspondait au pylore et dont les extrémités se perdaient dans l'estomac et sous le duodénum... elle mesurait 6 centimètres dans le sens transversal et 4 dans le sens vertical ». Il eut alors le geste audacieux qui fit de la première pylorectomie une opération française. « Nous excisâmes l'estomac et le duodénum au-dessus et au-dessous de la tumeur en ayant soin de pincer préalablement les vaisseaux... Nous rapprochâmes aussitôt par des points de suture à anses séparées les lèvres divisées de l'estomac et du duodénum, après avoir pris soin, autant que possible, d'adosser l'une à l'autre les lèvres renversées en dedans du feuillet péritonéal. Ce temps fut un peu difficile à réaliser parce que les tuniques du duodénum étaient amincies, atrophiées, et le pourtour de la plaie beaucoup moins large que celle de l'estomac dont les tuniques étaient hypertrophiées et dilatées. » La laparotomie portait alors le nom de gastrotomie et Péan ajoute : « nous avons donné à cette opération le nom de gastrectomie afin d'indiquer que la portion d'estomac malade peut être réséquée à l'aide d'une ouverture pratiquée aux parois de l'abdomen ».

L'intervention qui se limita, en fait, à une pylorectomie, dura deux heures et demie et, malgré un procédé rationnel et fort élégant, ne put sauver le malade ; les troisième et qua-

trième jour, deux transfusions de sang humain furent pratiquées avec l'imperfection des méthodes d'alors, mais le malade succomba au cinquième.

Rapportant [2] cette observation historique Péan ajoute : « bien que nous ne soyons pas partisans de l'excision de l'estomac dans les cas de cancer de cet organe, nous ne saurions désapprouver les tentatives qui seraient faites par des chirurgiens dûment autorisés dans le but de chercher à soustraire à une mort prompte et certaine les nombreux malades qui succombent journellement à cette redoutable affection ». Il avait ainsi créé une technique, montré une possibilité.

L'opération de Péan eut à l'étranger un retentissement considérable et le 16 Novembre 1880, L. Rydigier, de Léopol, réalisait sans succès d'ailleurs, la deuxième pylorectomie. Il décrit [3] en détail sa technique, directement inspirée de celle de Péan, et ce que ni le Maître Parisien ni lui n'avaient pu réussir, la chirurgie viennoise sut le mener à bien. « Le 28 Février 1881, Billroth pratiquait une pylorectomie pour cancer du volume d'une petite pomme qui lui demanda une heure et demie d'efforts et qu'il termina, comme l'avait fait Péan, par une anastomose bout à bout. Le malade guérit et survécut trois mois. Au cours de cette même année, Billroth et son école, avec Czerny et Wolfler devait enregistrer cinq guérisons. [4] » Billroth publia [5] ses observations et régla définitivement le manuel opératoire de la gastro-duodénostomie bout à bout à la suture.

En France, la tentative de Péan n'avait pas eu de lendemain et la pylorectomie nous revint quelques années plus tard sous une étiquette étrangère. « C'est Péan, écrivit Jean-

[2] PEAN. — Le traitement des cancers gastriques par la gastrectomie. *Gazette des Hôpitaux*, 1879, p. 473.

[3] L. RYDIGIER. — *Dt. z. fur. chir.* 1880.

[4] SANTY. — Leçon inaugurale. *Lyon*, 1939.

[5] BILLROTH. — *Wien. med. wochenschr.* 1881, n° 6, p. 161.

Louis Faure [6] qui osa pour la première fois s'attaquer à une gastrectomie, c'est à lui que l'on doit d'avoir démontré la possibilité de cette opération qui connaît aujourd'hui une si haute fortune et sur laquelle s'exerce l'activité des chirurgiens du monde entier... C'est pourquoi on l'a appelée en France l'opération de Billroth.....

En 1884 le procédé de Péan était le seul connu et semblait le seul réalisable. Mais s'il était logique, simple et efficace dans les résections limitées à la pyloréctomie, il s'avérait difficile et dangereux lorsque l'étendue des lésions nécessitait un large sacrifice sur l'estomac ou le duodénum. Péan le pressentait d'ailleurs lorsqu'il écrivait en 1879 « si des chirurgiens se lançaient plus résolument dans cette voie, ils en arriveraient à poser des indications plus précises surtout en ce qui concerne la suture ». En effet, la différence de calibre des deux circonférences gastrique et duodénale rend nécessaire une suture isolée de la portion supérieure de la section gastrique, pour faire l'anastomose sur la portion inférieure seulement. Il en résulte une suture en raquette à manche supérieure et un point faible à l'union des trois branches de la suture. Dans les résections larges, les tractions sur l'anastomose amenaient la désunion favorisée d'ailleurs par l'imperfection des sutures, et le point d'angle prit bientôt le nom de « point fatal ». Pour éviter ces tractions on se voyait contraint de limiter à l'extrême l'étendue de l'exérèse, geste illogique et dangereux. C'est pourquoi placé en face de ces difficultés et découragé par la mortalité, Billroth chercha une voie nouvelle.

Il y fut conduit tout naturellement par la pratique de l'opération de Wolfler. Un matin de 1881 Wolfler, opérant dans le Service de Billroth un cancer gastrique inenlevable, avait exécuté, poussé par Nicoladoni, la première gastro-entéroanastomose. Le succès qui couronna cette tentative avait été le premier d'une longue série, et Billroth envisagea de faire

[6] J.-L. FAURE. — « L'œuvre de Péan ». *Discours à l'Académie de Médecine*, T. II, p. 367, 1930.

après gastrectomie, et pour pallier au manque d'étoffe une entéroanastomose sur le moignon gastrique. Le 15 Janvier 1885 il réalisa ce second mode d'anastomose qui porte son nom (Billroth II). Le moignon duodénal était abandonné et fermé en bourse, la tranche gastrique suturée sur toute son étendue, et l'anse grêle, aussi longue qu'il était nécessaire, anastomosée à la face postérieure du moignon stomacal. C'était la suppression du « point fatal » et des tractions sur l'anastomose puisque le grêle se laissait attirer à la demande.

Billroth obtint ainsi une belle série de succès. Rapporté par Von Hacker [7] au Congrès Allemand de 1885, il écrit : « Lorsque les lésions obligent à réséquer beaucoup l'estomac, l'anastomose avec le duodénum est trop difficile et dangereuse à cause des tractions, et il vaut mieux avoir recours à ce second procédé. » Il déclare, en outre, que l'on pourrait faire l'implantation gastro-jéjunale sur la tranche de section gastrique elle-même (ce que réaliseront plus tard Hartmann, Reichel et Polya).

Malgré le succès de sa technique Billroth resta fidèle au Péan : la gastro-duodénostomie conservait à ses yeux l'avantage d'un rétablissement normal du transit, tandis que la gastro-jéjunostomie moins satisfaisante à l'esprit était grevée de vices de fonctionnement et de troubles à l'évacuation. De plus, elle obligeait l'opérateur à aller manipuler le grêle en plein ventre où l'on risque, disait-il, « une mauvaise protection contre les écoulements après ouverture de l'intestin ». Il fit ainsi de cette méthode un procédé de nécessité et la réservait aux seuls cas où le Péan était irréalisable faute d'étoffe.

Dans toute l'Europe le nombre des gastrectomies grandit peu à peu, l'étape de la simple pylorectomie fut rapidement franchie et, s'adressant à des lésions de plus en plus étendues, les exérèses furent de plus en plus larges. Dans ces conditions, la gastro-jéjunostomie apparut bientôt comme le seul procédé

[7] VON HACKER. — Deut. Gesell. fur. Chir. XIV^e Congress, 1885.

de sécurité et Kocher, après une longue et décevante expérience du Péan proposa en 1887 d'abandonner la gastro-duodénostomie au profit de l'opération de Billroth II. Pendant trois ans il consacra sa prodigieuse activité au perfectionnement de cette technique, mais les résultats qu'il en obtint ne lui donnèrent pas toute satisfaction. Il reprochait au Billroth II le reflux dans l'anse afférente et les troubles de l'évacuation immédiats ou lointains (avec un peu plus de recul, il devait lui reprocher encore l'apparition d'ulcère peptique). L'occlusion du moignon duodénal lui apparaissait comme un temps opératoire long, parfois laborieux et responsable de fistule post-opératoire ; enfin, hanté par l'idée que l'anastomose gastro-duodénale qui conserve intacte la filière digestive était supérieure à la gastro-jéjunostomie, il songea à y revenir. En 1890 il y parvint en réalisant l'implantation duodénogastrique à laquelle son nom reste attaché. C'est en 1893 qu'il publia sa technique [8] : fermant la tranche gastrique comme dans le Billroth II et implantant la section duodénale sur la face postérieure du moignon stomacal, il réalisait une anastomose gastro-duodénale en évitant toutefois le « point fatal » du Péan.

Le procédé nouveau fit fortune : de belles statistiques furent apportées par Kocher, Hartmann, Graser, Czerny avec 20 % de mortalité (contre 40 % dans le Péan). Mais les échecs survinrent et avec eux les critiques dirigées par Doyen et Chaput. On ne tarda point à adresser au Kocher les mêmes reproches qu'au Péan : si, en effet, une résection gastrique étendue rend difficile l'anastomose gastro-duodénale bout à bout et précaires les sutures exposées aux tractions, il en est de même et à plus forte raison dans l'implantation postérieure qui demande plus d'étoffe encore puisque c'est à quelques centimètres en amont de la section gastrique qu'il faut faire porter l'anastomose. Et de nouveau, la plupart des chirurgiens s'orientèrent vers l'abouchement jéjunal. Kocher répondit

[8] Th. KOCHER. — Corresp. Bl. f. Schweizer Aertz Basel. 1893, p. 713.

à ces attaques en rapportant de nombreux cas de gastrectomies larges dont quelques-unes presque totales et suivies de guérison. Il montrait [9] que son procédé était presque toujours réalisable avec sécurité grâce à la mobilisation du duodénum. S'inspirant de la technique utilisée par Vautrin [10] dans le traitement des calculs du cholédoque il eut le mérite de s'attaquer au dogme de l'inviolable fixité duodénale démontrant qu'anatomiquement plaquée contre la paroi postérieure il était chirurgicalement mobilisable et pouvait être facilement attiré loin vers la gauche. Il décrivit plus tard [11] dans ses moindres détails ce temps essentiel de l'opération qui lui permettait la gastro-duodénostomie presque systématique. Faisant siennes les premières conclusions de Billroth, il considérait désormais la gastro-jéjunostomie comme un procédé de nécessité auquel on ne devait être conduit qu'exceptionnellement.

Sur la valeur et les indications respectives de la gastro-jéjunostomie et de la gastro-duodénostomie l'opinion de Kocher était loin d'être universelle, et de 1896 à 1910 se place une période confuse dans l'histoire de la gastrectomie. L'une et l'autre des méthodes trouvent leurs défenseurs et aucune n'est acceptée ou rejetée sans conteste. Les séances de la *Société de Chirurgie de Paris* nous rapportent ces controverses passionnées.

En 1897, Péan utilisait toujours son procédé, tandis qu'en 1898, la thèse parisienne de Guinard prônait avec Doyen et Chaput l'excellence du Billroth II. En 1900, parut un article de la *Gazette des Hôpitaux* [12] dans lequel Guillot défendant avec chaleur le Péan, montrait qu'il est de réalisation facile grâce à la mobilisation duodénale et ne méritait pas le discrédit dont il souffrait. En 1905 au contraire, la thèse lyonnaise

[9] KOCHER. — *Deu. med. woch. Leipsig*, 1895, n^{os} 15, 16, 17, 18.

[10] VAUTRIN. — *Le Traitement des calculs du cholédoque. Revue de Chir.*, 1896, p. 16 et 446.

[11] KOCHER. — *Zeuterbl. f. Chir.* 1903, n^o 2.

[12] GUILLOT. — *De la pyloréctomie par le procédé de Billroth I. Gazette des Hôpitaux*, 1900, p. 173.

de Pétrement inspirée par Poncet et Delore donnait la préférence au Billroth II, réalisé à Lyon au Bouton de Villard ou de Jaboulay, tandis qu'en cette même année, Ricard, Tuffier, et surtout les chirurgiens étrangers se déclaraient partisans de l'anastomose duodénogastrique.

En 1908 parut une technique nouvelle qui devait avoir un retentissement énorme sur l'orientation de la chirurgie gastrique. Ce fut la mise au point par Reichel de l'implantation gastro-jéjunale. L'idée était ancienne, elle était de Billroth lui-même, et Hartmann avait déjà tenté de la réaliser en 1898. Devant la difficulté du Billroth II sur les petits moignons gastriques profondément cachés sous le rebord costal, il avait suturé la brèche intestinale à la tranche de section gastrique sur toute sa largeur. Hartmann avait échoué et avec lui Eiselsberg, Doyen et Roux [13]. Reichel [14] rapporta au Congrès Allemand de 1908 les premiers succès de cette opération ; mais il faut bien retenir l'esprit dans lequel il présenta la méthode nouvelle. « En principe, dit-il, je la considère comme une méthode d'exception. » En effet, tout au long de sa carrière chirurgicale il resta fidèle au Kocher qu'il jugeait plus physiologique et de fonctionnement plus satisfaisant. Toutefois son procédé lui paraissait préférable au Billroth II quand la gastro-jéjunostomie s'imposait. Au contraire, en 1909, dans son article du *Journal de Chirurgie*, Cunéo concluait que l'anastomose duodénale n'était pas le procédé de choix et Leriche, de son côté, y était formellement opposé. [15]

L'année 1910 marque en France du moins, le déclin de la gastro-duodénostomie. L'article de Chevrier [16] est le dernier plaidoyer vraiment vigoureux qu'il sera donné de lire dans la littérature française en faveur du Féan « supérieur à tous les autres procédés au point de vue anatomophysiologique, c'est

[13] HARTMANN. — La Chirurgie de l'Estomac, 1926.

[14] REICHEL. — *Verhandl. der. Deut. gess. f. Chir.* 1908, T. I, p. 211.

[15] LERICHE. — *Thèse Lyon*, 1906.

[16] CHEVRIER. — *Loc. cit.*

lui qu'il faut choisir de préférence à tout autre chaque fois que le rapprochement duodéno-gastrique est possible, et il l'est presque toujours si l'on sait pratiquer au besoin la mobilisation duodénale ».

En 1911 Polya reprit et perfectionna le procédé de Reichel, donnant ainsi un essor immense à l'anastomose gastro-jéjunale. A partir de cette époque en effet, les chirurgiens vont peu à peu abandonner la technique parfois laborieuse de la gastro-duodénostomie et, renonçant à ses indiscutables avantages, vont lui préférer une opération d'une plus grande facilité. Et pourtant telle n'était pas l'intention de Polya qui ne faisait, ou presque, que des Kocher. Il ne faisait pas le Péan car il en redoutait les sutures, mais il s'astreignait quand même à faire des gastro-duodénostomies parce qu'entre autres avantages « elles limitent complètement le champ opératoire dans l'étage supérieur du ventre entre la surface inférieure du foie et le mésocolon transverse... Je trouve que la méthode de Kocher rétablit au mieux l'état normal..., là où elle est facilement exécutable, je la fais, sinon je fais ma méthode... [17] » Comme Reichel en effet, il préférerait sa technique au Billroth II parce que, grâce à une large anastomose au point déclive, il tendait à éviter les sténoses de la bouche et le reflux dans l'anse exclue.

Toutefois le Reichel-Polya n'était pas exempt de troubles d'évacuation et, vers la fin de l'année 1911, Wilms [18], imité par Mayo et Pauchet, modifia le procédé. Anastomosant une partie seulement de la tranche gastrique à l'anse grêle, il fermait le reste isolément. Le point critique que d'aucuns reprochaient à la suture était soigneusement péritonisé à l'aide de l'anse intestinale. La modification apportée par Wilms fut reprise et codifiée par Finsterer [19] en 1914. Grâce à l'obli-

[17] POLYA. — *Zente Bl. fur. Chir.* 1911, p. 892.

[18] WILMS. — *Zente Bl. f. Chir.* 1911, n° 32.

[19] FINSTERER. — *Deut. z. fur. Chir.* 1914, T. 128, p. 514.
Ar. fur Klin. Chir. 1915, p. 180.

Verh. d. Deut. gess fur. Chir. 1921, p. 174.

quité de la section gastrique et à la bonne suspension de l'anse, il mit dans les mains des chirurgiens une technique qui a fait ses preuves et dont il serait vain de nier la valeur. Le nom de Finsterer marque un tournant dans l'histoire de la chirurgie gastrique car cet opérateur au prestige indiscuté, se faisant le champion de l'anastomose jéjunale, condamna pratiquement la gastro-duodénostomie dont les indications lui paraissaient exceptionnelles, et les chirurgiens s'en firent, pour la plupart, l'écho, souvent sans l'avoir expérimenté eux-mêmes.

Depuis cette époque les techniques n'ont subi aucune modification sensible, mais bénéficiant des progrès de la chirurgie moderne, la gastrectomie devenue bénigne dans les mains d'opérateurs avertis est une opération courante dont les succès ne se comptent plus. Les déceptions cruelles, les hésitations qui en ont marqué la période héroïque nous semblent déjà lointaines et au résultat présent nous pouvons juger de l'immense progrès accompli.

Mais, la gastrectomie est-elle arrivée à combler les vœux du malade et du chirurgien ? Nous ne le pensons pas, car ses plus beaux succès ne sont pas sans mélange. Les chemins ardues que les anciens chirurgiens gravirent avec peine ont abouti à une route bien tracée sur laquelle il est aisé de progresser facilement satisfait de soi-même ; mais le ciel n'est pas sans nuage, et il convient de s'arrêter pour faire le point.

Dans ce court chapitre qui n'a pas la prétention d'être un historique de la gastrectomie (bien des noms et des techniques y trouveraient leur place) nous avons cherché seulement à exposer l'évolution des idées en ce qui concerne le mode d'anastomose qui vient terminer l'excision gastrique. C'est là, croyons-nous, qu'il y a matière à méditation. A suivre cette évolution on est frappé par le fait que les anciens opérateurs, et parmi les plus grands, se sont toujours attachés à faire la gastro-duodénostomie à laquelle ils donnaient nettement leur préférence, parce que c'est la plus physiologique. Dans les premières exérèses pour cancer du pylore, et limitées à la

pylorectomie, rien n'était plus logique, les organes s'y prêtant spontanément : mais dans les gastrectomies larges, pour néoplasmes plus étendus, ils ont persévéré. C'est poussés par la nécessité et par la recherche constante de la sécurité qu'ils se sont vu contraints d'utiliser la gastro-jéjunostomie, et nous voyons les auteurs mêmes de ces opérations, que ce soit Billroth, Reichel ou Polya, réserver leurs méthodes à des cas exceptionnels, aux cas seulement où l'anastomose duodénale était dangereuse ou irréalisable. Ils ne reculaient pas devant de patientes et laborieuses dissections duodénales qui leur ménageaient, en fin de compte, l'étoffe nécessaire à l'abouchement idéal.

Plus tard, la chirurgie de l'ulcère ayant établi que l'étendue de l'exérèse comporte sur la muqueuse gastrique un seuil minimum qu'il faut nécessairement franchir, les gastrectomies devinrent systématiquement larges. Sous l'impulsion de Finsterer et de Leriche, on admit que la gastrectomie dite des deux tiers au moins était nécessaire pour obtenir l'achlorhydrie gastrique. Par ailleurs, s'attaquant avec audace à des lésions de plus en plus hautes, les chirurgiens diminuèrent à l'extrême les dimensions du moignon gastrique. Enfin, de nombreux travaux et particulièrement ceux de Delore, étant venus démontrer l'intérêt de la gastro-duodénectomie dans le traitement de l'ulcère duodénal, il fallut consentir à un sacrifice supplémentaire de tissu du côté précisément où il est le plus précieux pour le rapprochement duodéno-gastrique.

Il apparut bientôt dans ces conditions, que chercher à faire l'abouchement duodénal était vouloir aller au-devant des difficultés. Au contraire, les anastomoses jéjunales offraient des possibilités bien plus vastes, l'anse grêle qui se laisse docilement attirer permettait de conclure aisément une intervention, à tout prendre assez satisfaisante. Pourquoi alors chercher autre chose ? Et la plupart des chirurgiens oubliant que les gastro-jéjunostomies avaient été proposées comme d'heureux moyens de « se tirer d'affaire », adoptèrent d'une façon systé-

matique la méthode de facilité. Pour nombre d'entre eux d'ailleurs, l'importation des techniques de Polya et de Finsterer semble avoir été la première révélation de la gastrectomie.

Il est curieux de remarquer qu'à l'étranger d'où nous vinrent ces méthodes, la gastro-duodénostomie est toujours en faveur. Parmi les chirurgiens qui la préconisent citons Judine qui en fait le procédé de choix, Shelton-Horsley, Mayo, Schœmaker, Finsterer lui-même qui l'utilise à l'occasion, et Finochetto, le plus grand gastrectomiste de l'Amérique du Sud, en est un partisan convaincu.

En France, au contraire, depuis 20 ans les gastro-duodénostomies ont été reléguées au rang de souvenir. Seuls quelques auteurs ont eu le mérite d'y rester fidèles. Citons parmi eux Ricard, Robineau, Duval, Hartmann, récemment Thaleimer et Fruchaud rapportèrent dans la thèse de Goyer [20], quatorze observations de Péan, mais ces chiffres sont minimes si on les compare au nombre impressionnant de gastrectomies pratiquées de nos jours. Adoptées comme le fin mot de la chirurgie gastrique, les anastomoses jéjunales, malgré l'anomalie anatomique et physiologique qu'elles réalisent ont acquis tous les honneurs. Sont-elles donc exemptes de toute critique ? Nous ne le pensons pas. « Personnellement, écrit Santy [21], je les ai utilisées sur une grande échelle et avec la collaboration de Mallet-Guy j'ai rapporté une série importante de résultats. L'analyse soigneuse de ces résultats m'a permis deux séries de critiques :

1°) La réalisation technique de ce type d'anastomose qui paraît simple et facile expose cependant à des fautes qui se traduisent surtout par des difficultés d'évacuation du moignon gastrique et donnent de temps à autre des accidents nécessitant une réintervention.

[20] GOYER. — Technique de gastrectomie pour ulcère, avec anastomose bout à bout gastro-duodenale. *Thèse de Paris*, 1937.

[21] SANTY. — *Séance de la Société de Chirurgie de Lyon*, 20 Mars 1942. A paraître dans le « *Lyon Chirurgical* ».

2°) Les résultats éloignés de ces gastrectomies nous ont montré de fréquents et importants déficits de poids qui traduisent la gravité de la mutilation imposée au malade et l'infirmité qui en découle. »

Pourquoi, dans ces conditions, ne pas rompre avec la routine et s'orienter vers un procédé meilleur ? « La chirurgie doit, à l'heure actuelle, parmi les différents procédés opératoires, choisir celui qui, à puissance curatrice égale, altère définitivement le moins la fonction organique, car c'est ce procédé qui donnera la guérison de meilleure qualité. »

Il était donc légitime de songer à utiliser de nouveau la gastro-duodénostomie qui seule est susceptible de rétablir, comme le cherchaient les anciens auteurs, un état anatomique et physiologique voisin de la normale, l'estomac s'évacuant dans le duodénum qui reste le siège normal des excitations sécrétoires des glandes digestives. Pour y parvenir, M. Santy réalisa et mit au point la technique opératoire qui fait l'objet de cette thèse. Compatible avec de très larges exérèses, donnant une sécurité absolue et des résultats qui, dans l'ensemble, sont venus combler les vœux les plus optimistes, ce procédé est actuellement pour nous le procédé de choix, et nous ne reconnaissons désormais à la gastro-jéjunostomie que de rares indications. Le type d'anastomose auquel M. Santy s'est arrêté est l'implantation termino-latérale du moignon duodénal à la face postérieure du moignon gastrique. C'est à proprement parler le procédé de Kocher, mais il fut modifié, et nous l'appellerons Péan-Kocher afin d'associer au nom du célèbre chirurgien suisse celui du Maître de l'Hôpital Saint-Louis, qui fit de Paris le berceau de la gastrectomie.

LES CONDITIONS ANATOMIQUES DU RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ GASTRODUODÉNALE

Les partisans les plus convaincus de la gastro-duodénostomie ont toujours été obligés de lui reconnaître un certain nombre d'inconvénients :

— Difficulté et souvent même impossibilité de réaliser le rapprochement gastro-duodénal si l'on ne veut pas économiser sur l'exérèse — danger de désunion lorsque des tractions, si minimes soient-elles, s'exercent sur l'anastomose.

De nombreux auteurs et en particulier Kocher, s'étaient attachés à prouver que ce mode d'anastomose n'exclut pas la possibilité de larges exérèses, et Goyer dans sa récente thèse en faveur du Péan insiste sur ce point. Cela est un fait bien acquis et indiscutable, mais à côté des cas où malgré la gastrectomie étendue le duodénum « vient bien » au contact du moignon gastrique, il en est d'autres où il serait dangereux de tenter ce rapprochement en raison de la difficulté des sutures et surtout à cause de tractions qui pourraient se produire sur l'anastomose. Aussi Goyer ne reconnaît-il que des indications très limitées à ce procédé qu'il tient pourtant pour idéal. Comme lui, nous pensons que tels qu'ils ont été décrits et réalisés jusqu'ici, le Péan et plus encore peut-être le Kocher, sont d'exécution difficile et doivent être rejetés dans bien des cas à cause du manque de sécurité qu'ils représentent. En conséquence, pour faire de l'anastomose gastro-duodénale un procédé à la fois simple et sûr, susceptible de devenir une opération courante et non plus exceptionnelle, deux conditions sont nécessaires :

1°) Se procurer l'étoffe indispensable au rapprochement gastro-duodéal.

2°) Supprimer la difficulté des sutures et assurer à l'anastomose une solidité telle qu'elle puisse résister à de légères tractions si celles-ci venaient à s'exercer à son niveau.

— Le premier problème est résolu par la dissection très spéciale du duodénum qui est toujours prêt à fournir l'étoffe si on sait la lui demander ; le deuxième est résolu par l'utilisation du bouton anastomotique.

I. — Intérêt de la dissection duodénale

Goyer semble dire que c'est la libération très poussée des grande et petite courbures qui permet à l'estomac de descendre à la rencontre du duodénum ; en réalité ceci est plus apparent que réel et ce n'est pas la section de la coronaire ni la destruction du petit épiploon qui vont mobiliser et abaisser d'une façon suffisante le segment supérieur de l'anastomose. Tout le problème est duodéal et c'est le duodénum que l'on doit « faire monter » à la rencontre du moignon gastrique.

Pour y parvenir il suffit de modifier par un geste opératoire souvent simple des conditions anatomiques qui y prédisposent déjà. Anatomiquement en effet, le bord supérieur du pylore est en situation très élevée et se trouve à 7 ou 8 ^{cm} au-dessous de l'orifice œsophagien du diaphragme (Doyen). D'autre part, la première portion duodénale longue d'environ 5 à 6 ^{cm} est libre dans sa première moitié et parfaitement mobile jusqu'au croisement de l'artère gastro-duodénale ; ce segment est donc susceptible d'être attiré vers l'estomac. Par ailleurs, l'angle sous hépatique lui-même est très mobile et Braune a montré que la deuxième portion du duodénum pouvait osciller dans le plan frontal de plus de 3 ^{cm}. On augmente encore cette mobilité duodénale par deux manœuvres qui se complètent, ce sont : le clivage duodéno-pancréatique portant sur la première

portion du duodénum, et la section du péritoine sur le bord externe de la deuxième portion ébauchant en quelque sorte le décollement rétropancréatique.

LA LIBÉRATION DE LA PREMIÈRE PORTION DU DUODÉNUM est le temps essentiel que nous décrirons plus loin en détail. Il faut séparer le duodénum du pancréas, *c'est-à-dire dépasser largement la limite de la gastro-duodénale, et aller, s'il le faut, jusqu'au genu superius*. Il faut « peler » ce segment intestinal et ne pas hésiter à détruire toutes ses attaches vasculaires en liant, s'il le faut, la gastro-duodénale. Ainsi la première portion du duodénum, libérée, étirée, monte verticalement en direction de la grosse tubérosité gastrique et donne l'étoffe désirée. (Voir figure 1.) Mais, lorsque l'exérèse a été très large et surtout lorsque le duodénum ulcéreux a été réséqué il faut faire plus et L'ÉBAUCHE DE DÉCOLLEMENT RÉTROPANCRÉATIQUE vient ajouter encore à la longueur « utile » du duodénum. Kocher, pour attirer le duodénum vers la gauche réalisait le vrai décollement à la manière de Vautrin ; mais en fait il suffit de sectionner le péritoine latéro-duodénal sans entreprendre le décollement lui-même. Le genu superius et la deuxième portion du duodénum sont en effet plaqués contre la paroi postérieure par le péritoine qui les tient attirés à droite ; en outre, il existe souvent à ce niveau une formation péritonéale plus dense : le ligament duodénorénal qui contribue encore à immobiliser l'organe. La section de ces attaches permet le glissement vers la gauche et l'ascension du bloc duodéno-pancréatique.

Ces deux manœuvres contribuent à augmenter la longueur duodénale en « déroulant » en quelque sorte le cadre duodénal. Le premier coude est « résorbé », « récupéré », et les première et deuxième portions se mettent dans le prolongement l'une de l'autre dessinant avec la troisième un V plus ou moins ouvert.

Ces moyens mis en œuvre pour la libération duodénale ne

manqueront pas de surprendre au premier abord. Il est classique, en effet, d'attribuer au premier duodénum une vascularisation précaire : que penser alors de ce pelage qui peut se



Figure N° 1 (Dessin du Docteur P. COLSON)

On voit ici l'aspect de la première portion duodénale à la fin de sa dissection. Celle-ci a été poussée jusqu'au genu superius, le premier coude est supprimé et D I est dans le prolongement de D II. Cette dissection intéresse la zone d'accolement du duodénum et du pancréas à droite de la limite extrême de l'arrière cavité des épiploons, limite marquée par l'artère gastroduodénale. La première portion du duodénum est donc entièrement mobilisable dans son segment accolé aussi bien que dans son segment péritonéal dont la limite, au niveau du pylore, se trouverait en haut du dessin.

continuer jusqu'au genu superius et qui laisse un segment intestinal dénudé sur 5 ou 6 ^{cm} ? Que penser de la ligature de l'artère gastro-duodénale rendue souvent nécessaire au cours

de la dissection des ulcères calleux du bulbe adhérents ou térébrants dans le pancréas ? Quelles vont être leurs conséquences sur la vitalité du duodénum au niveau de l'anastomose ?

Goyer pense qu'il serait imprudent de tenter l'anastomose gastro-duodénale après avoir disséqué le duodénum au-delà de la gastro-duodénale et surtout après avoir lié cette artère ; « lorsqu'on a été obligé de lier l'artère gastro-duodénale il faut considérer la vascularisation comme insuffisante et ne pas pratiquer l'anastomose gastro-duodénale. » Il rapporte d'ailleurs une observation dans laquelle la désunion mortelle de l'anastomose était due au sphacèle du duodénum causé, selon lui, par la ligature de l'artère gastro-duodénale. Nous ne sommes pas de son avis et les observations que nous rapportons viennent confirmer notre manière de voir.

Les recherches que nous avons faites sur la vascularisation duodénale avec la précieuse collaboration de notre ami Félix Magnin, et qui ont confirmé en partie les conclusions de la thèse d'Evrard, nous ont permis d'établir les faits suivants :

I. — On peut impunément lier l'artère gastro-duodénale.

II. — On peut disséquer la première portion du duodénum jusqu'au genu superius sans compromettre sa vitalité.

I. — Il s'agit d'abord de bien s'entendre sur les termes : qu'appelle-t-on lier la gastro-duodénale ?

L'artère gastro-duodénale née de l'artère hépatique dans la base du pédicule hépatique aborde après un court trajet suspancréatique la tête du pancréas ; en ce point elle donne l'artère pancréatico-duodénale supérieure droite, qui va participer à la formation de l'arcade rétropancréatique. Elle s'insinue ensuite, plaquée à la face antérieure du pancréas, entre l'intestin et la glande, et se termine après un trajet de 2 à 3 ^{cm} en donnant la gastroépiploïque droite et la pancréatico-duodénale inférieure droite. Le segment de gastro-duodénale qui risque d'être blessé et lié est, de ce fait, non pas le tronc artériel

lui-même mais le tronçon artériel caché derrière le duodénum et compris entre la naissance de la pancréatico-duodénale supérieure droite et les branches terminales de l'artère.

En conséquence la ligature de l'artère gastro-duodénale pose tout simplement le problème du rétablissement circulatoire anastomotique dans les arcades pré et rétropancréatiques ; or, cette circulation se rétablit sans difficulté tant sont riches les anastomoses. La circulation dans l'arcade postérieure n'est pas modifiée puisque la ligature a porté en aval de l'artère pancréatico-duodénale supérieure droite, et dans l'arcade prépancréatique elle est rétablie par la branche pancréatico-duodénale supérieure gauche venue de la mésentérique supérieure et par la gastroépiploïque droite.

II. — *Trois pédicules artériels amènent le sang au premier duodénum.*

a) *Pédicule supérieur.* — Une ou plusieurs artères grêles arrivent au bord supérieur du duodénum formant les rameaux « supra-duodénaux » (Rio-Branco). Nés dans la pédicule hépatique soit du tronc de la gastro-duodénale dans son segment suspancréatique, soit de l'artère pylorique, soit de l'hépatique elle-même, ils forment un petit pédicule en éventail au-dessus de D. I à la partie inférieure du pédicule hépatique. Ce petit réseau masque en partie l'aire de l'espace interportocholédocien.

b) *Pédicule inférieur.* — Au bord inférieur de D. I arrive un contingent de petites artères nées de la pancréatico-duodénale inférieure droite et au contact de la face antérieure de la glande, au niveau d'un important carrefour vasculaire. Ces artéριοles naissent quelquefois d'un tronc commun : l'artère duodénopylorique antérieure (Villemin).

c) *Pédicule postérieur.* — Il est composé de deux ordres de rameaux.

1. L'artère rétroduodénale décrite par Wilkie, petite artère inconstante née de la partie moyenne de la gastro-duodénale,

et qui longe la face postérieure du duodénum parallèlement à son axe, avant de disparaître dans ses tuniques.

2. Les nombreux petits rameaux artériels semblant venir de la glande pancréatique et se rendant à la face postérieure de D. I dans toute la portion accolée au pancréas. Nous avons nettement établi avec Félix Magnin l'origine de ces artéριοles. Elles naissent d'une petite arcade, dépendance de l'arcade rétropancréatique, mais plus antérieure que cette dernière, et cachée immédiatement entre le pancréas et le duodénum. Cette arcade qui envoie également des branches à la deuxième portion du duodénum est donc en situation intermédiaire entre l'arcade prépancréatique et l'arcade rétropancréatique.

La vascularisation apportée par ces trois pédicules est en réalité fort précaire et Wilkie a démontré que tous ces vaisseaux et en particulier les supraduodénaux étaient terminaux.

Leur territoire répond à la zone d'apparition de la « tache anémique » signalée par Mayo, tache qui se manifeste au cours des interventions lorsque le pylore et le duodénum sont attirés en bas et qui est probablement due à la traction exercée sur les vaisseaux ; on sait que la « tache anémique » se dessine au point où se développe généralement l'ulcère.

Cette vascularisation déjà précaire est entièrement détruite au cours de la dissection duodénale comme nous le montrerons plus loin. Or, pendant l'opération, lorsque l'estomac et le duodénum sont libérés et que leurs pédicules artériels ont été sectionnés, on est frappé de la différence d'aspect présentée par l'un et l'autre de ces organes : l'estomac est nettement asphyxique et ischémique tandis que le duodénum a gardé sa teinte rose et saigne quand il est sectionné. Il faut donc admettre, comme le pensaient Williams et Novak, que le rétablissement circulatoire se fait grâce à un réseau pariétal intramusculaire et sous-muqueux particulièrement riche. Nos préparations injectées à l'encre de Chine nous ont d'ailleurs révélé la richesse exceptionnelle du réseau pariétal du duodénum, en regard de celui du jéjunum ou de l'iléon. Le sang

qui arrive à ce réseau pariétal vient de la deuxième portion duodénale qui est irriguée d'une façon extrêmement riche par des vaisseaux parallèles entre eux venus des arcades pré et rétropancréatiques et abordant le duodénum par ses faces antérieure et postérieure. Ces branches artérielles sont particulièrement nombreuses à la face postérieure du deuxième duodénum et du genu superius. Une ou deux artéριοles ayant abordé le genu superius sur son bord postéro-supérieur, glissent jusque sur la première portion du duodénum parallèlement à son axe, ces vaisseaux sont d'ailleurs toujours respectés dans la dissection.

En nous référant à ces constatations et aux observations que nous rapportons, nous pouvons affirmer qu'une très large dissection duodénale ne nuit en rien à la vascularisation du moignon et ne peut donc pas menacer sa vitalité et la sécurité de l'anastomose. Il est arrivé une seule fois, après une dissection qui n'avait rien présenté d'anormal, de voir un duodénum saigner faiblement à la coupe : il fut réséqué un peu plus loin et le malade guérit sans incident.

Malgré ce qu'il peut y avoir de choquant à laisser ainsi un segment intestinal dénudé et privé d'artère sur plusieurs centimètres, on peut se fier pleinement à cette méthode, elle a fait ses preuves. D'ailleurs, lorsque la branche du bouton est en place, une partie du moignon duodénal se trouve « absorbée » et vouée au sphacèle après le serrage du bouton, si bien que la portion du duodénum qui reste flottante est relativement courte.

II. — Intérêt de l'anastomose au bouton

Malgré la grande mobilité et l'allongement apparent apportés au moignon duodénal par la dissection dont nous venons de tracer les grandes lignes, il serait très difficile dans la plupart des cas, de réaliser l'anastomose gastro-duodénale à la suture.

Il serait possible évidemment de faire un vrai Péan, mais celui-ci, quoi qu'en dise Goyer, est assez long et complexe, et malgré la modification de Shelton-Horsley, il existe forcément une suture en raquette qui n'est pas sans inconvénient. Pour faciliter l'anastomose, Péan avait, vers 1890, utilisé le bouton de Murphy pour implanter le duodénum à la partie inférieure de la tranche gastrique ; mais là aussi il y a un « point critique » et nous pensons *qu'il est mieux de faire l'anastomose au bouton sur la face postérieure du moignon gastrique* * : on gagne ainsi en simplicité et en sécurité.

On gagne en simplicité car le bouton remplace avantageusement les sutures ; en effet, celles-ci seraient difficiles en raison du siège élevé de l'anastomose et de la nécessité qu'il y aurait à les faire à points séparés pour éviter le rétrécissement de la bouche. Au contraire, les branches du bouton sont faciles à placer : sur l'estomac cela va sans dire, et sur le duodénum cela est très simple aussi ; les dimensions normales du duodénum admettent facilement le bouton de 26 ^m/_m ou de 23 ^m/_m au moins, et dans les ulcères duodénaux, la dilatation de l'organe en aval permet de loger à l'aise le bouton de grand modèle. L'articulation des deux pièces du bouton est, lorsqu'on en a l'habitude, infiniment plus simple et plus rapide qu'une suture, et quand le bouton est serré il tient lieu de charpente à la bouche duodéno-gastrique autour de laquelle il est aisé de faire un plan de suture supplémentaire moulée sur le « patron » sousjacent. De son côté, la fermeture isolée de la tranche gastrique est autrement moins complexe qu'une suture en raquette.

On gagne en sécurité car le bouton constitue un point d'appui solide qu'aucune traction ne pourrait faire céder. En outre, les tissus qui s'insèrent sur lui sont épais et résistants ; du côté gastrique, le fait est notoire ; mais du côté duodénal cela est moins connu, et pourtant il n'y a qu'à regarder la coupe

(*) Deux gastroduodénostomies de ce type avaient été réalisées à Lyon par X. Delore, en 1903, et rapportées dans la thèse de Leriche.

d'un duodénum sain en aval d'un ulcère pour s'en convaincre : les tuniques sont épaissies, véritablement gastralisées, et, en-serré par le bouton, un tissu d'une telle qualité donne toute sécurité sur l'avenir de l'anastomose (à l'opposé, dans le cancer gastrique, le duodénum mince et friable offre une étoffe beaucoup moins résistante et l'anastomose moins de garantie).

Il est classique de dire que la soudure n'est possible que dans le cas seulement où le bouton adosse deux surfaces péritonéales : cela n'est pas exact. Le tissu conjonctif qui recouvre l'intestin privé de péritoine est à lui seul capable de réaliser cette soudure : nos observations sont là pour le prouver. Dans tout ulcère duodénal en effet, la résection emporte le segment péritonisé du premier duodénum, c'est donc la face postérieure privée de péritoine qui est adossée à la séreuse gastrique et pourtant l'anastomose « prend » toujours. Une seule fois il fut pourtant donné d'observer une désunion partielle après la chute du bouton chez un opéré qui d'ailleurs guérit ; or, dans ce cas, la désunion portait uniquement sur la demi-circonférence antérieure, la partie postérieure non péritonisée avait seule tenu. (Voyez Obs. 7). Une autre fois, M. Santy ayant réalisé une gastrectomie totale termina par une œsophagoduodénostomie bout à bout au bouton de Villard, l'anastomose tint parfaitement, et pourtant l'œsophage et le duodénum étaient entièrement privés de péritoine. *

Cette anastomose au bouton est renforcée pour plus de sécurité par un surjet circulaire comme nous le décrirons plus loin ; ainsi le chirurgien peut fermer la paroi l'esprit tranquille, il a réalisé une gastro-duodénostomie solide et la tranche gastrique fermée isolément à trois plans ne présente pas de « point critique ».

En conséquence, il n'est pas nécessaire d'amarrer le moignon gastrique comme l'ont conseillé certains opérateurs pour éviter son ascension et les tractions sur l'anastomose. Ce

(*) Cette observation est rapportée plus loin. Voir page 66.

moignon, rétracté sous les fausses côtes, entraîne à sa suite, à la gauche de la colonne, le duodénum, mais il n'existe aucune traction, le duodénum « monte » docilement et conserve même un certain « mou ». Lors de ses premières tentatives M. Santy, désireux d'éviter les tractions qui auraient pu s'exercer sur l'anastomose, termina l'intervention en amarrant le moignon gastrique au rebord hépatique par des points séparés suivant la technique de Grey-Turner. Il le fit 12 fois, puis il abandonna cette fixation, au reste assez illusoire, et l'expérience a prouvé que l'on peut s'en passer.

Large libération duodénale et utilisation du bouton anastomotique, telles sont les conditions nécessaires si l'on veut faire de la gastro-duodénostomie une opération courante et sans danger. Les chapitres qui vont suivre en donneront les détails adaptés à chaque lésion gastrique ou duodénale.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous décrirons la technique de M. Santy en prenant pour *type* la gastrectomie pour *ulcère de la partie moyenne de la petite courbure* ; plus loin nous montrerons les conditions particulières de la gastrectomie à la Péan-Kocher dans les différents types de lésions gastro-duodénales.

Nous ne décrirons pas la préparation générale du malade qui peut nécessiter pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention une thérapeutique plus ou moins énergique, c'est un problème de tout premier plan mais qu'il nous est impossible de développer ici.

Nous intervenons par incision médiane sus-ombilicale sous anesthésie locale. Le malade reçoit une heure avant une injection de scophédal ; quand il est installé sur la table d'opération on lui fait un deuxième scophédal, ou mieux, une ampoule d'eucodal ou de morphine. Cette préparation est très satisfaisante et permet une bonne anesthésie locale ; celle-ci est faite sur la ligne médiane par une très abondante infiltration des tissus avec une solution de 1,50 % de scurocaïne à laquelle on additionne un milligramme d'adrénaline pour 100 ^{cm}³. L'infiltration faite plan par plan va jusqu'au péritoine et s'écarte de la ligne médiane pour aller bloquer l'arrivée des nerfs intercostaux. Il arrive au cours de l'intervention que, malgré l'infiltration des mésos, un malade particulièrement sensible se plaigne lors des tractions sur l'estomac ; dans ces cas nous faisons une nouvelle dose d'eucodal et le sujet se calme. Très exceptionnellement nous avons dû recourir à l'anesthésie générale au protoxyde d'azote ou au cyclopropane.

I. — La libération gastroduodénale

Une valve recline le rebord hépatique et dès que l'exploration visuelle et manuelle a permis de se rendre compte des lésions et que la gastrectomie est décidée, on procède à une copieuse infiltration des mésos sur les bords supérieurs et inférieurs du segment pyloro-duodénal et surtout sur la petite courbure. C'est là un point sur lequel nous insistons. L'infiltration de la petite courbure entraîne en même temps que l'insensibilisation un relâchement total de la musculature gastrique. L'estomac « descend » et l'intervention en est facilitée. Normalement le colon n'est pas extériorisé, une compresse le refoule sous la paroi et tous les temps opératoires se dérouleront dans l'étage susmésocolique, c'est là un des avantages de la méthode.

A — La libération de la grande courbure du duodénum et de l'estomac

Il faut commencer par libérer le bord inférieur de la première portion duodénale en coupant à son niveau le ligament duodénocolique. Ces attaches sont sectionnées entre deux pinces en débutant à la partie moyenne du premier duodénum et en allant progressivement vers la gauche. Il faut prendre garde de ne pas blesser les vaisseaux du mésocolon sousjacent et se tenir au ras du duodénum. Ce temps est peut-être le plus hémorragique de l'intervention, car il réalise l'hémostase des nombreux vaisseaux sous-duodéno-pyloriques. Nous avons décrit ces artérioles qui naissent parfois d'un tronc commun (artère duodéno-pylorique antérieure), parfois de l'arcade prépancréatique elle-même au niveau d'un important carrefour vasculaire ; il faut les lier par petits paquets, souvent il y en a qui échappent aux pinces et saignent.

On est ainsi conduit de droite à gauche au bord inférieur du pylore : on franchit, sans la blesser, l'artère gastroépiploïque droite, et après infraction du ligament gastrocolique, on libère la grande courbure de l'estomac. Ce temps n'a rien que de très banal : à l'aide d'une petite pince de Museux, on attire la grande courbure qui descend peu à peu et le ligament gastrocolique est progressivement sectionné après ligature des vaisseaux. M. Santy pousse la libération de la grande courbure assez vers la gauche, la limite en est marquée par l'arrêt de la descente gastrique et l'apparition du plus inférieur des vaisseaux courts qui aborde d'arrière en avant la grosse tubérosité gastrique. Au cours de ces manœuvres il faut exercer sur l'estomac des tractions très douces de façon à ne pas déchirer les vaisseaux courts ou même les éléments du pédicule splénique (Cf. Obs. 31 et 48).

Lorsque la grande courbure est entièrement libérée on la relève et l'on explore la face postérieure de l'estomac ; on peut avoir à détruire les adhérences plus ou moins importantes existant entre le péritoine gastrique et prépancréatique, ou même à ouvrir la cavité d'un ulcère térébrant dans le pancréas.

L'estomac est alors soulevé et attiré en direction de l'appendice xyphoïde et l'on passe au temps de la dissection duodénale.

B — La dissection duodénale

Nous avons exposé plus haut la nécessité qu'il y a à libérer le premier duodénum de ses attaches pancréatiques pour obtenir l'étoffe suffisante au rétablissement de la continuité. Cette dissection pour être simple et sans danger doit se faire de bas en haut en contournant le bord inférieur du duodénum pour passer sur sa face postérieure et remonter ensuite jusqu'à son bord supérieur. En agissant de la sorte on se tient

toujours à distance du pédicule hépatique qui risquerait d'être lésé si l'on commençait la libération sur le bord supérieur. En travaillant de bas en haut le cholédoque se trouve constamment protégé par toute l'épaisseur de la glande et ne peut pas être blessé.

Après section de quelques replis péritonéaux on découvre l'artère pancréatico-duodénale, limite de l'arrière cavité des épiploons et on arrive au contact du pancréas dans une zone où il commence à être intimement uni au duodénum. Le clivage est assez simple bien que l'adhérence soit marquée entre les deux organes : il faut se tenir très au contact du pancréas pour ne pas léser les parois duodénales. On voit nettement apparaître l'enchevêtrement des fibres musculaires qui constituent la tunique externe du segment intestinal ; il faut les respecter et ne pas s'égarer au milieu d'elles, car elles offriraient à l'opérateur non averti un plan de clivage facile, mais dangereux, qui mènerait à la muqueuse. Une traction douce et continue soulève progressivement le segment pyloro-duodéal et l'on voit se tendre au cours de la dissection les artérioles multiples qui vont de la glande à l'intestin ; les plus importantes sont liées, les autres coagulées au bistouri diathermique. Ce temps est sans doute le plus délicat de l'intervention, mais l'électrocoagulation maniée avec une extrême douceur le rend malgré tout assez simple ; il ne nous a pas donné un seul ennui.

Cette libération est ainsi poussée assez loin en direction du genu superius. Toutefois, dans une gastrectomie pour ulcère de la partie moyenne de la petite courbure avec un duodénum sain, il suffit de s'arrêter un peu à droite de la portion moyenne de D. I.

Lorsqu'on a libéré la face postérieure du duodénum, celui-ci ne tient plus que par son bord supérieur. Un aide soulève légèrement et tire vers le bas l'estomac et le pylore, et l'on voit se tendre un petit méso entre le pédicule hépatique et le bord supérieur du duodéno-pylore ; dans ce méso, il y a

l'artère pylorique et en dehors d'elle les vaisseaux supra-duodénaux.

La section de ces artères est faite sans danger grâce précisément à la libération première du bord inférieur et de la face postérieure du duodénum qui permet d'attirer l'organe et de l'éloigner du pédicule hépatique. L'hémostase de ces artères est faite à la ligature sur leur extrémité proximale et à l'électrocoagulation sur le duodénum. Il faut, en effet, éviter les ligatures sur les parois duodénales car l'interposition de nœuds entre les branches du bouton pourrait en compromettre le serrage.

Telles sont les particularités de la dissection duodénale ; c'est le temps le plus important de l'intervention, car c'est de lui que dépend la possibilité de l'anastomose finale, aussi doit-il être exécuté avec soin et être très complet.

C — La libération de la petite courbure

La libération de la petite courbure termine la dissection gastro-duodénale et ne présente aucune particularité. Le ligament gastrohépatique est effondré, l'estomac attiré vers le bas, et l'artère coronaire stomacique liée immédiatement au-dessous de sa crosse à l'aide d'un passe fil, est sectionnée.

Ainsi l'estomac et le duodénum ont été successivement libérés mais non sectionnés et l'intégrité des organes conservée jusqu'au bout permet de les utiliser comme tracteurs alternativement sur la région pylorique ou cardiaque pour faciliter la dissection.

Cette libération terminée, on apprécie fort bien en tirant l'estomac hors du ventre la facilité plus ou moins grande avec laquelle on rapprochera le duodénum de la face postérieure de la grosse tubérosité. Dans les lésions banales de la petite courbure cette facilité s'impose d'un coup d'œil ; elle est quelquefois très grande et il est curieux de voir le duodénum

« monter » hors du ventre dans des proportions surprenantes. Cette éventualité se rencontre surtout dans les grands estomacs de stase, ptosés ou porteurs d'une tumeur gastrique ; le pylore y est souvent attiré à gauche de la ligne médiane, entraînant à sa suite le duodénum qui semble déjà allongé, préparant ainsi le travail du chirurgien.

II. — La résection et l'anastomose

La gastrectomie se fait de droite à gauche.

L'estomac est soulevé par la main d'un aide ou par un écarteur de Farabœuf glissé transversalement sous sa face postérieure, le duodénum se tend ainsi verticalement ; une compresse tapisse la face antérieure du pancréas, une autre est glissée dans l'hypocondre gauche entre l'estomac et la paroi.

A — Le temps duodénal du bouton

A un centimètre environ en aval du pylore on faufile sur toute la circonférence du duodénum et perpendiculairement à son axe, un fil de soie assez résistant (nous utilisons habituellement une petite aiguille courbe sertie à la soie N° 1). Il faut prendre une bonne épaisseur de paroi car ce point d'appui doit être très solide. (Voir figure 2.) Tandis que l'aide tire toujours sur l'ensemble gastro-duodénal, un clamp est placé sur l'estomac au ras du pylore ; on amarre le duodénum à l'aide de deux pinces de Tuffier, et on le sectionne au bistouri électrique ou aux ciseaux à deux millimètres environ en amont du fil de soie tandis que sa lumière est soigneusement asséchée à l'aspirateur électrique. (Voir figure n° 3.)

On rabat alors rapidement vers la gauche l'estomac libéré qui est entouré d'une compresse.

La branche femelle du bouton anastomotique est introduite



Figure N° 2 (Dessin du Docteur P. COLSON)

On prépare la mise en place de la branche duodénafe du bouton en faufilant à quelques millimètres en aval du pylore un fil de soie résistant, sur toute la circonférence d' duodénum.

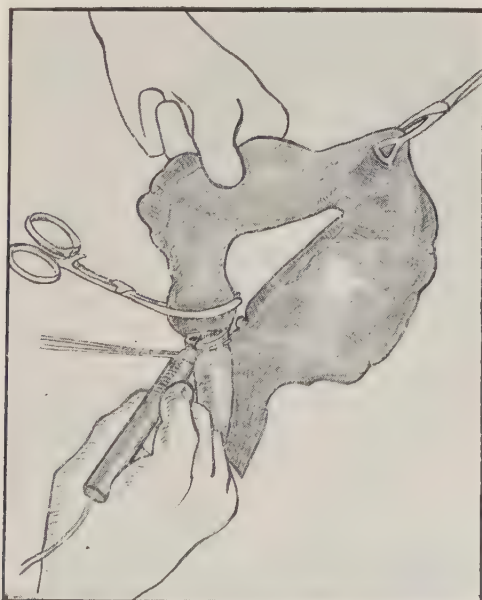


Figure N° 3 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Section du duodénum. Un clamp est placé au ras du pylore et on sectionne le duodénum à 2 m/m environ en amont du fil de soie.

dans le duodénum et le fil de soie est fortement serré autour d'elle. (Voir figure n° 4.) On régularise ensuite aux ciseaux la tranche de section duodénale en réséquant les bourrelets de muqueuse ou de musculuse qui s'éversent ou dépassent du bouton. On peut utiliser le bouton de Jaboulay ou même

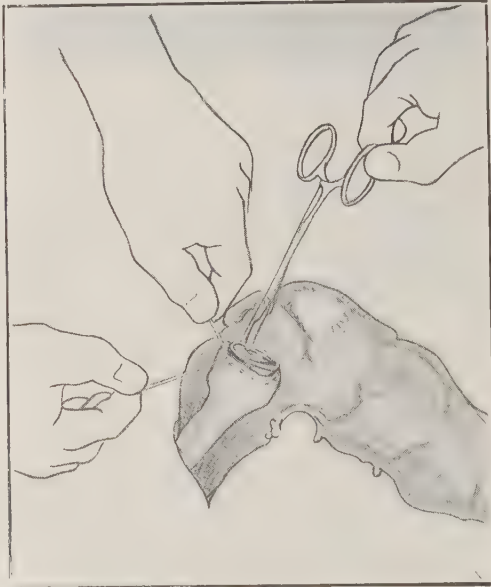


Figure N° 4 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Mise en place et sertissage du bouton duodénal. C'est la branche femelle du bouton qui est introduite dans la lumière intestinale et le fil de soie est serré dans sa gorge.

un bouton mixte, mais il vaut mieux se servir du bouton de Villard. Il arrive que l'on soit forcé de choisir un bouton de Villard moyen de 23 millimètres de diamètre si la lumière duodénale est étroite ; mais le plus souvent on se sert du gros bouton de 26 millimètres qui se loge assez facilement dans le duodénum. La bouche anastomotique est ainsi d'assez grande taille. Enfin, c'est la branche femelle qu'il faut placer dans le duodénum de préférence à l'autre parce qu'elle

s'adapte mieux à sa situation terminale tandis que la branche mâle répond au mieux à la position latérale sur l'estomac.

Le bouton duodénal étant en place, on obture sa lumière à l'aide d'un petit tampon et l'on passe au temps gastrique.

B — Le temps gastrique du bouton

L'estomac rabattu à gauche est tiré fortement hors du ventre par l'aide ; la face postérieure de la grosse tubérosité apparaît

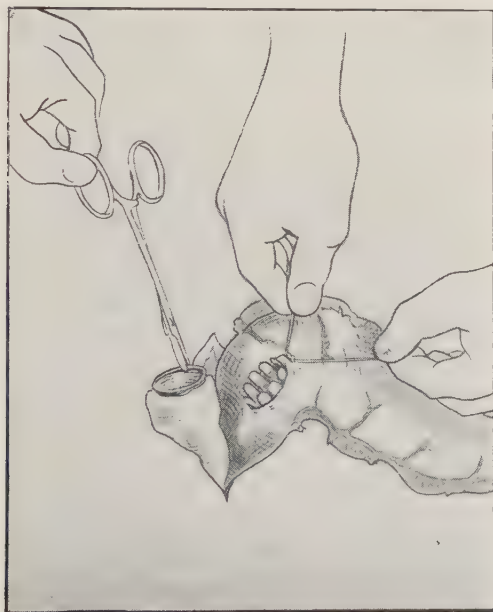


Figure N° 5 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Mise en place du bouton gastrique. Le fil de soie préalablement faufilé sur tout le pourtour de la brèche gastrique est serré autour de la pièce mâle du bouton de Villard.

largement. On choisit alors l'emplacement de la deuxième branche du bouton ; celle-ci est placée très haut sur la face postérieure à trois centimètres au moins de la future ligne de

section gastrique qui est repérée avec des pinces, elle sera tout près de la grande courbure, ce qui favorisera l'évacuation. Au bistouri diathermique on fait une moucheture de un centimètre de long intéressant la séreuse et la musculuse, mais sans ouvrir la muqueuse. A l'aide d'un aiguille sertie à la soie N° 1 on ourle les lèvres de cette petite incision. Au bistouri ordinaire on ouvre ensuite la muqueuse, l'orifice est agrandi à l'aide d'une pince ouverte tandis qu'on aspire le contenu gastrique, la branche mâle est mise en place et l'on serre le fil de soie. (Voir figure n° 5.) De cette façon l'orifice est rigoureusement aux dimensions de la gorge de la branche mâle et la paroi gastrique ne fait autour d'elle aucun bourrelet qui pourrait compromettre le serrage des deux pièces du bouton.

C — L'articulation et le serrage

L'aide présente le bouton gastrique en soulevant et en rabattant légèrement l'estomac vers la droite, ce qui conduit la pièce gastrique en direction du moignon duodénal. L'opérateur enlève le tampon qui obture la branche femelle, saisit le duodénum de la main droite et le guide en direction de l'estomac ; pour orienter la branche gastrique, il passe les quatre derniers doigts de la main gauche derrière l'estomac (c'est-à-dire sur sa face normalement antérieure), il articule, vérifie la rectitude des deux branches l'une par rapport à l'autre, et glissant sa main droite également derrière l'estomac serre à fond les deux branches en appliquant les pouces sur le moignon duodénal. (Voir figure n° 6.) Il est mieux pour ce serrage « à bloc » d'interposer un tampon entre les tissus et les doigts de l'opérateur.

Ce temps n'est pas très difficile mais il demande un petit tour de main, en particulier pour ne pas tordre sur son axe le duodénum lors de l'articulation. Bien que l'étoffe duodé-

nale ne manque pas et que l'anastomose se fasse presque hors du ventre, la situation terminale du bouton sur le duodénum rend les choses un peu difficiles et une certaine habitude est nécessaire pour mener à bien ce temps. Nous insistons encore sur le soin avec lequel il faut serrer le bouton ; il est néces-



Figure N° 6 (Dessin du Docteur P. COLSON)

L'articulation et le serrage du bouton de Villard. Ce temps demande un peu d'entraînement pour être correctement exécuté. On voit ici la disposition des mains et des pouces de l'opérateur.

saire en effet que les tuniques interposées soient parfaitement écrasées pour favoriser leur sphacèle et la chute du bouton.

Ce temps est indiscutablement facilité par la conservation de l'estomac jusqu'à la fin ; c'est là en effet un tracteur remarquable qui permet de présenter largement la face postérieure de la grosse tubérosité et par conséquent la pièce gastrique du bouton.

D — Le surjet de sécurité

L'anastomose ainsi réalisée est certainement très sûre (quelques chirurgiens qui ont employé cette technique à la suite de M. Santy s'en contentent), mais toutefois il est préférable de la renforcer par un surjet d'enfouissement de sécurité.



Figure N° 7 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Le surjet de sécurité (début). Le surjet circulaire au cat-gut autour de l'anastomose doit être commencé par en haut et le plus près possible de la face postérieure de l'anastomose. Il faut, pour aborder cette région, tirer fortement l'estomac vers le bas et s'aider d'une valve et d'un écarteur pour récliner le foie et le bord supérieur du duodénum.

C'est là un des points de la technique les plus difficiles à réaliser. Nous utilisons une petite aiguille très courbe, sertie au catgut N° 0. Il faut commencer le surjet par en haut, le plus possible sur la face postérieure de l'anastomose ; on passe

ensuite sur la face antérieure où le geste devient facile, puis on arrive à son bord inférieur qu'il faut contourner pour terminer par la face postérieure. On facilite la mise en place des points postérieurs en faisant écarter fortement de part et d'autre de l'anastomose l'estomac et le duodénum, et en s'aidant du petit artifice suivant : à l'aide d'une pince passée



Figure N° 8 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Le surjet de sécurité (fin). On termine le surjet circulaire par la face postérieure de l'anastomose. C'est la portion la plus difficile à aborder. Aussi faut-il relever fortement l'estomac, écarter le duodénum et surtout exercer une traction légère sur le point de départ du surjet dont l'extrémité a été préalablement passée sous l'anastomose. Cette manœuvre permet de faire tourner l'anastomose sur son axe et présente ainsi sa face postérieure.

sous la face postérieure du bouton on va chercher l'extrémité libre du fil au niveau du point de départ du surjet, on fait passer le fil sous l'anastomose, et s'en servant comme tracteur on tord légèrement le duodénum sur son axe ; le point de

départ apparaît alors, on termine l'enfouissement et on noue les extrémités du catgut. (Voir figures 7 et 8.)

Ce surjet circulaire prend très largement et profondément sur le duodénum et l'estomac. Il contribue sûrement à renforcer par ses points d'appui la solidité de l'anastomose.

E — La résection gastrique

Le dernier temps est constitué par la résection gastrique ; il est identique à celui d'un Billroth II. Un clamp hémostatique

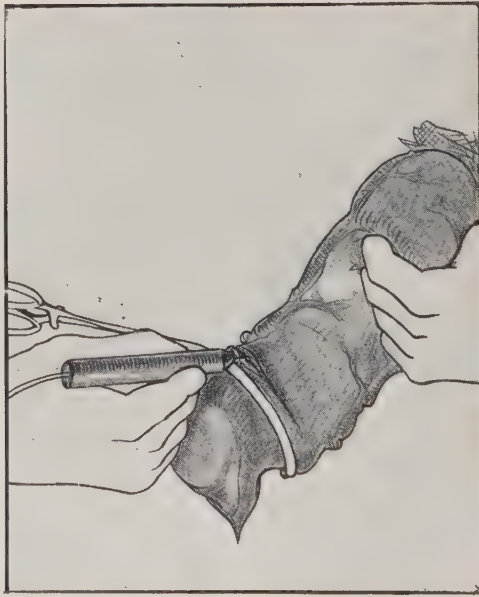


Figure N° 9 (Dessin du Docteur P. COLSON)

La section gastrique. L'anastomose est terminée ainsi que le surjet de sécurité. Un clamp est placé à quelque distance du bouton et l'estomac est sectionné en aval. Cette section doit porter assez loin de l'anastomose pour les raisons que nous avons exposées.

est placé à quelques centimètres de l'anastomose en aval sur l'estomac, un autre clamp est placé à côté du premier et entre

les deux la section est faite au bistouri électrique. (Voir figure n° 9.)

On ferme ensuite la tranche gastrique en trois plans au catgut après avoir vérifié l'hémostase et soigneusement enfoui les angles. (Voir figure n° 10.)

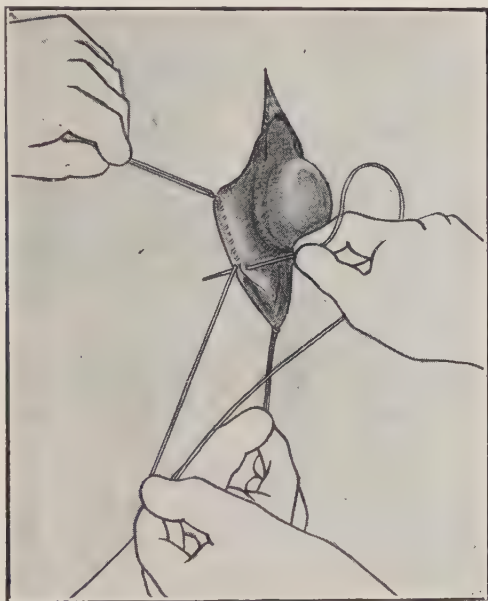


Figure N° 10 (Dessin du Docteur P. COLSON)

Fermeture à trois plans de la tranche de section gastrique.

Ce temps de la section gastrique présente toutefois un point particulier sur lequel nous voulons insister. *La section gastrique doit porter assez loin en aval du bouton à trois bons centimètres.* Une section trop rapprochée de l'anastomose présente en effet un double danger. Tout d'abord la suture de la tranche gastrique et son enfouissement, formant un éperon à l'intérieur du moignon stomacal pourrait venir obstruer plus ou moins la bouche anastomotique et gêner l'évacuation. Ensuite et surtout, une section trop proche du bouton ne

ménagerait entre elle et l'anastomose qu'une étroite bande de tissus gastrique, trop minime et mal vascularisée qui risquerait de se sphaceler et de donner une désunion de la suture de la tranche gastrique.

Nous attribuons une grande importance à ce point de technique car c'est pour avoir fait porter la section trop près de l'anastomose que nous avons enregistré trois accidents (voir plus bas page 88). Cette nécessité entraîne donc l'obligation de placer très haut l'anastomose de façon à se ménager en aval l'étoffe suffisante pour sectionner l'estomac loin du bouton.

Ce temps termine la gastrectomie. On retire les compresses, vérifie l'hémostase, et l'on ferme la paroi en trois plans sans drainage.

INDICATIONS ET POSSIBILITÉS

LE PEAN-KOCHER DANS LES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

A proprement parler il n'existe pas d'indication du Péan-Kocher ; cette méthode que nous estimons supérieure à toutes les autres doit être appliquée systématiquement chaque fois qu'elle est possible. Il n'en existe donc que des contre-indications tirées de conditions anatomiques défavorables, et là nous touchons au cœur du problème : jusqu'à quel point peut-on reculer les limites de l'exérèse sur l'estomac ou sur le duodénum tout en restant dans les possibilités de la gastro-duodénostomie ? Au cours des chapitres qui vont suivre nous répondrons à cette question, mais un simple coup d'œil sur la statistique nous permet déjà une constatation intéressante : en dix-huit mois, toutes choses étant égales par ailleurs, la proportion des gastro-duodénostomies a augmenté en comparaison des autres modes d'anastomoses. En 18 mois M. Santy et ses collaborateurs ont fait 100 Péan-Kocher et 40 gastro-jéjunostomies, (Billroth II, Polya ou Finsterer) qui se répartissent de la façon suivante :

Pendant les 6 premiers mois	16 Pean-Kocher	pour 17 gastro-jéjunostomies
		Soit 50% de Pean-Kocher
Pendant les 6 mois suivants,	35 Pean-Kocher,	pour 12 gastro-jéjunostomies
		Soit 75 % de Pean-Kocher
Pendant les 6 derniers mois,	48 Pean-Kocher,	pour 11 gastro-jéjunostomies
		Soit 80 % de Pean-Kocher

A l'heure actuelle le procédé est donc utilisé dans les 4/5 des gastrectomies ; cela ne veut pas dire qu'il y ait à l'heure

actuelle une série d'ulcères de la petite courbure (les chiffres que nous citerons plus loin montrent au contraire un nombre croissant d'ulcères duodénaux), cela vient de l'expérience de plus en plus grande acquise dans ce domaine qui permet de faire rendre à cette opération toutes ses possibilités ; cela vient aussi de la confiance de plus en plus absolue qui lui est accordée. Au début elle était réservée aux ulcères banaux de la petite courbure, actuellement elle s'étend à l'ensemble des lésions gastro-duodénales.

Nous allons voir les possibilités du Péan-Kocher dans les différentes formes d'ulcères : dans ceux que nous désignerons sous le nom d'ulcères d'accès facile et à l'opposé dans les ulcères juxtacardiaques et duodénaux.

I. — Dans les ulcères d'accès facile

Nous rangeons dans cette catégorie les ulcères de la petite courbure ne remontant pas au-dessus de l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, les ulcères juxtapyloriques et pyloriques vrais.

Notre statistique en compte 40. 33 étaient des ulcères de l'angulus et de la partie moyenne de la petite courbure, dont 3 étaient associés à un petit ulcère pylorique ; 3 étaient juxtapyloriques dont l'un double sur le versant gastrique du pylore ; 4 enfin étaient pyloriques vrais.

3 de ces ulcères pyloriques vrais présentaient des sténoses fonctionnelles du pylore d'histoire ancienne (douze ans, huit ans, neuf ans) avec très grands estomacs de stase qui furent largement réséqués (G. C. 24 ^{c/m}, P. C. 13 ^{c/m}, G. C. 25 ^{c/m}, P. C. 14 ^{c/m}, G. C. 26 ^{c/m}, P. C. 15 ^{c/m}), 3 ulcères de la petite courbure étaient perforés, bouchés dans le pancréas. Après leur ouverture il fut aisé en se servant de l'estomac comme tracteur de faire porter l'anastomose très au-dessus d'eux, puisque la section gastrique terminale passa à deux travers de doigt de leur limite supérieure.

Deux autres présentaient seulement des adhérences pancréatiques facilement libérables.

Dans tous ces cas les gastrectomies furent très larges ; les longueurs de petite courbure oscillent entre 10 et 14 ^{cm} et pour la grande courbure entre 20 et 25 ^{cm}. Nous avons rangé tous ces cas dans un même groupe parce que du point de vue technique ils se présentent tous de la même façon. Même dans les ulcères pyloriques le duodénum est suffisamment indemne de lésions et facilement libérable pour permettre une anastomose aisée, et d'autre part les lésions de la petite courbure n'étant pas très élevées, la gastro-duodénostomie se fait sans difficulté. Toutefois quelques compte-rendus opératoires font état de gastrectomies un peu laborieuses, en voici un exemple :

OBS. I. — Mme Pas..., 71 ans.

Histoire gastrique très ancienne remontant à plus de 30 ans, syndrome typique d'ulcère de la petite courbure, crises de plus en plus rapprochées.

Examen radioscopique : image d'ulcère de la P. C. avec grosse niche et grande poche diverticulaire formant un estomac biloculaire. La poche inférieure se vide en 12 heures. La partie supérieure est très réduite.

Intervention le 17 Octobre 1940 (Prof. Santy). Anesthésie locale très bonne. Gros ulcère de la P. C. ayant gagné vers le pylore et créant un immense pseudo diverticule. Adhérences pancréatiques peu importantes. Gastrectomie de droite à gauche très gênée par la petite taille de la poche supérieure.

Terminaison par un Pean-Keccher au gros bouton de Villard.

Le 20 Novembre 1940, les suites furent idéales, sans aucun incident. Bouton évacué le 18^e jour. Examen radioscopique : petit estomac se vidant rapidement.

Le 17 Décembre 1940 : va très bien, ne souffre plus, a repris 4 kilos.

D'autre part, deux gastrectomies furent compliquées d'incidents survenus au cours de la libération duodénale :

Dans un cas, en disséquant la face postérieure une muqueuse fut faite au duodénum et il fallut le sacrifier en partie. Dans l'autre, la branche pancréatico-duodénale de l'artère

gastro-duodénale fut blessée et le duodénum sembla saigner moins abondamment qu'à l'ordinaire lors de sa coupe, et il fut réséqué assez loin. Ces deux cas se rapprochent donc des résections élargies pour ulcère duodénal, ils furent exécutés sans difficulté et leurs suites furent excellentes.

Dans ces gastrectomies la simple libération de la première portion du duodénum à deux centimètres à droite de l'artère gastro-duodénale fut suffisante pour permettre l'anastomose. Cependant 6 fois il fallut fendre d'un coup de ciseaux le péritoine duodénopariétal qui plaquait la deuxième portion trop loin vers la droite. Ces cas correspondent à des sections gastriques particulièrement hautes sur la petite courbure.

Il est donc permis de dire que dans les ulcères de cette catégorie le Péan-Kocher peut être systématique. Depuis que M. Santy utilise cette technique, trois fois seulement en présence d'ulcères moyennement hauts de la petite courbure il dut renoncer à ce procédé. Dans les 3 cas l'estomac était profond, d'accès difficile, chez des malades obèses, aux parois considérables, et il eût été malaisé de faire la gastro-duodénostomie. Ajoutons d'ailleurs que ces 3 interventions datent de Septembre 1940, Janvier et Février 1941, époque à laquelle la technique était à ses débuts ; l'habitude et la mise au point de cette opération ont permis depuis de l'utiliser dans tous les cas sans exception.

II. — Dans les ulcères d'accès difficile

Nous rangeons dans cette catégorie les ulcères haut situés sur la petite courbure et juxtacardiaques, et les ulcères duodénaux, car dans ces cas *l'exérèse doit être élargie* soit du côté gastrique, soit du côté duodénal, *et il faut pallier au manque d'étoffe* pour réaliser quand même un Péan-Kocher. Là plus que jamais le problème est duodénal et c'est en poussant particulièrement la libération de cet organe que l'on permet

le rapprochement duodénogastrique. Si l'estomac est réséqué très haut dans un ulcère juxtacardiaque il faut savoir mobiliser au maximum le duodénum pour le faire monter à la rencontre du petit moignon gastrique. Si, au contraire, l'ulcère est sur le duodénum, ce dernier est réséqué en partie et il faut savoir en récupérer une longueur suffisante pour pouvoir l'implanter sur un moignon gastrique de dimensions normales cette fois.

Il faudra donc mettre en œuvre non plus seulement la dissection duodéno-pancréatique suffisante dans les ulcères de la petite courbure, mais encore et surtout le décollement rétro-duodéal qui mobilise en masse vers la gauche le bloc duodéno-pancréatique.

A — Dans les ulcères haut situés et juxtacardiaques

Dans les ulcères du tiers supérieur de la petite courbure ou juxtacardiaques la gastrectomie est souvent d'une réalisation très difficile. Malgré le procédé de résection en gouttière à la Pauchet, on peut reculer devant la gravité d'exérèses aussi hautes. On peut évidemment se contenter de la solution palliative de la gastrectomie en aval [1], laissant l'ulcère en place et visant simplement à la réduction d'acidité, selon Madlener ; mais cette méthode n'est pas sans inconvénient, et il faut toujours s'efforcer d'enlever la lésion. La gastrectomie peut être grandement facilitée, surtout dans les ulcères térébrants, par la mise au repos de l'estomac pendant un certain temps, grâce à la gastrostomie transpylorique ; la réaction inflammatoire périulcéreuse disparaît et avec elle les adhérences et l'œdème, ménageant ainsi au-dessus de l'ulcère une marge suffisante de tissus sains. Depuis longtemps préconisée par M. Santy, ses avantages ont été exposés dans la thèse de notre ami

[1] MONSAINGEON. *Thèse Paris*, 1939. La gastrectomie laissant l'ulcère en place.

Besch [2]. On peut aussi, comme le fait notre Maître Mallet-Guy, laisser pendant un temps plus ou moins long un tube duodénal à demeure permettant l'alimentation et remplaçant la gastrostomie transpylorique.

Mais il reste la situation anatomique de l'ulcère qui entraîne souvent une intervention longue et difficile presque toujours atypique. Les procédés classiques d'anastomose gastro-jéjunale s'adaptent mal à la brièveté et à la ligne de section souvent irrégulière du moignon gastrique ; le mésocolon remonte mal jusqu'à l'estomac, il y a des tractions sur les sutures les anses afférentes et efférentes sont coudées et il peut en découler des troubles de l'évacuation. C'est pourquoi il y a intérêt à tenter un Péan-Kocher si elle est réalisable. A priori cela peut paraître contestable mais, en fait, le rétablissement de la continuité gastro-duodénale est parfaitement réalisable si l'on sait tirer parti de la mobilisation duodénale et si l'on fait une résection gastrique atypique : en gouttière (pour les ulcères de la petite courbure) ou elliptiques (pour les ulcères de la face supérieure).

a) ULCÈRES SITUÉS SUR LA PETITE COURBURE.

Nous en avons trois observations. Deux de nos opérés présentaient un ulcère cavitaire du tiers supérieur de la petite courbure et fixé au pancréas (voir figures n^{os} 11, 12). Grâce à une dissection duodénale particulièrement poussée, l'anastomose porta très haut sur la grosse tubérosité près de la grande courbure et la section gastrique passa dans un cas à deux centimètres et dans l'autre à un centimètre au-dessus de l'ulcère, au ras du cardia. La section dut être un peu atypique, oblique, conservant plus sur la grande courbure que sur la petite courbure ; dans les deux cas, il fallut supprimer le clamp après la section pour pouvoir fermer la tranche gastrique. Les pièces de résection montrèrent respectivement

[2] BESCH. — *Thèse Lyon*, 1942.



Figure N° 11 (Observ. N° 46)

Ulcère haut situé dont la résection est malgré tout compatible avec l'anastomose duodénale.



Figure N° 12 (Observ. N° 45)

Enorme ulcère cavitaire juxta-cardiaque. L'estomac ré-séqué en gouttière fut anastomosé au duodénum grâce à une large dissection de D 1.

12 et 13 ^{c/m} pour la petite courbure, 19 et 18 ^{c/m} pour la grande. Les suites opératoires furent des plus simples.

Voici la troisième observation qui est particulièrement démonstrative :

OBS. n° 2. — M. Bla... Marcel, 56 ans. Souffre depuis 6 ans ; amaigrissement de 19 kilos. Radiographie : grosse niche juxtacardiaque de la P. C. (Cliché n° 13).

Intervention le 25 Mai 1941 (Pr. Santy, M. Ballivet, R. Chattot, C. Godinot). A. L. excellente. — Double lésion :

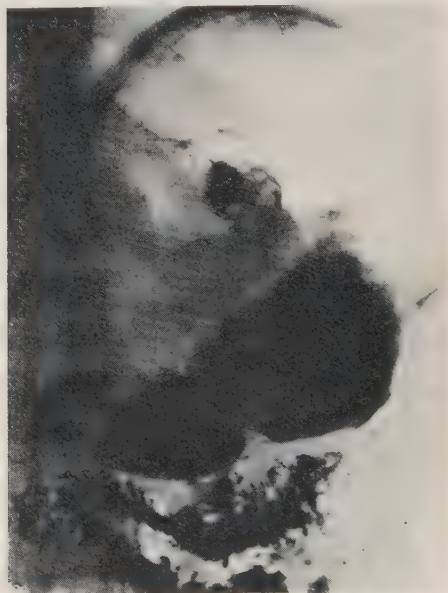


Figure N° 13 (Observ. N° 2)

On voit la situation particulièrement haute de l'ulcère cavitaire. Malgré sa localisation il fut réséqué et l'anastomose duodénale fut possible.

petit ulcère pylorique non sténosant, et gros ulcère haut situé de la P. C. au sein d'une inflammation très dense qui masque la coronaire et qui ne permet pas de voir où se trouve le cardia. Après avoir hésité, on se décide à faire une gastrectomie : le duodénum particulièrement libre et volumineux facilitera l'anastomose. Après avoir libéré la partie inférieure de l'estomac, on

remonte vers la zone cardiaque, et on s'aperçoit que l'ulcère est adhérent au pancréas ; on aura beaucoup de peine à le libérer correctement. On sectionne entre deux pinces la région de la coronaire et l'on constate que l'artère est bien prise. On arrive progressivement jusqu'au cardia ; on sectionne alors la P. C. entre le cardia et l'ulcère, il y a de grosses callosités qui rendent la section difficile mais constitueront, à la fin, des plans de péritonisation importants. La section passe au-dessus de l'ulcère et l'on conserve une portion importante de la grosse tubérosité pour la réconstitution. La section terminée, on constate qu'elle a porté au ras du cardia et qu'elle a conservé le fond de la grosse tubérosité qui remonte sous la coupole diaphragmatique : on reconstitue l'estomac en raquette en faisant sur $4 \frac{1}{m}$ environ des points séparés sur la muqueuse et sur la séreuse pour reconstituer une P. C. ; puis on fait une suture perpendiculaire au fond de l'estomac conservé à trois plans.

On peut recouvrir la portion juxta-œsophagienne de la P. C. à l'aide des feuillets péritonéaux conservés au moment de la libération de l'ulcère. Pendant cette reconstitution on fait glisser un tube de Camus dont l'olive apparaît dans l'estomac pendant sa fermeture. On termine par un Pean-Kocher au gros bouton de Villard et, au moment de l'articulation, on fait passer l'olive du tube de Camus jusqu'à la 3^e portion du duodénum. On complète par un surjet circulaire enfouissant l'anastomose. Suites excellentes sans incident, sans température. Le malade est alimenté pendant 6 jours par le tube de Camus qui est retiré le 26 Mai. Le bouton est évacué le 2 Juin, au douzième jour. Examen radioscopique le 4 Juin (R. Chattot) : Moignon étonnamment grand lorsque l'on songe à l'étendue de l'exérèse ; vidange rapide dans le duodénum dont la 2^e portion présente une dilatation piriforme, sert de réservoir et régularise l'évacuation dans le grêle qui se fait par péristaltisme duodénal.

Revu le 10 Juillet 1941, excellent état, a repris 2 kilos.

Revu en Février 1942, a repris 5 kilos depuis l'intervention, ne souffre plus, mange de tout, ne fractionne pas ses repas, digère bien, est très satisfait.

b) ULCÈRES SITUÉS SUR LA FACE POSTÉRIEURE DE L'ESTOMAC ET TÉRÉBRANTS DANS LE PANCRÉAS.

Ici le procédé typique ne peut être utilisé et, MM. Ballivet et Marion en proposent une modification dont le point essen-



Fig. N^{os} 14, 15, 16

La résection elliptique de l'estomac (Dessin du Docteur BALLIVET).

La situation très haute de l'ulcère rend difficile la résection gastrique facilitée par taille elliptique avec grand lambeau antérieur (Fig. 15).

Le moignon gastrique étant suturé, la ligne de suture est reportée en arrière et le bouton est placé sur le lambeau antérieur.

tiel est la taille elliptique de la tranche de section gastrique : celle-ci affleure en arrière et en dedans le sommet de l'ulcère et ménage un grand lambeau sur la face antérieure de l'estomac. La ligne de suture de la tranche se trouve ainsi reportée en arrière, à peu près au contact du fond pancréatique de l'ulcère et l'implantation duodénale peut ainsi se faire en zone saine, très près du point déclive du nouvel estomac, sur le lambeau antérieur. (Voir figures n^{os} 14, 15, 16.) Dans ces cas, la mise en place et le serrage du bouton sont moins faciles qu'à l'ordinaire, puisque l'estomac a été réséqué au préalable et ne peut plus servir de tracteur. Il faut noter, au début de l'opération, la difficulté qu'il y a de savoir si l'on aura assez d'étoffe au-dessus de l'ulcère pour la suture de la tranche gastrique ; on ne peut voir et explorer l'ulcère qu'après le dépouillement de la grande courbure qui permet de soulever l'estomac ; on peut alors essayer de faire le tour de l'ulcère avec le doigt, sans en décoller les bords, avant de savoir si l'on se décide à une exérèse immédiate ou à une gastrectomie transpylorique préalable. L'examen soigneux de la radiographie permet également de ne pas s'engager en aveugle dans la libération et le décollement des bords de l'ulcère.

M. Santy rapporta deux observations de ce genre à la Séance de la *Société de Chirurgie de Lyon* du 26 Février 1942.

OBS. N^o 3. — Femme de 45 ans, souffre depuis 5 ans, gros amaigrissement, mauvais état général, pèse 39 kilos.

Examen radiographique : énorme niche du sommet de la P. C. avec niveau liquidien et bulle d'air.

Intervention le 17 Janvier 1941 (D^r M. Ballivet). Sédol, morphine et A. L. excellente. Duodénum long et très mobile, estomac rétracté vers la gauche. Libération de la G. C. et relèvement de l'estomac : on voit alors une masse pancréatique du volume d'un poing d'enfant à laquelle adhère la face postérieure de l'estomac. Les ciseaux courbes pouvant se frayer un chemin au-dessus de la lésion, on pense que la gastrectomie sera possible. On ouvre un vaste ulcère dont le fond pancréatique a les dimensions d'une pièce de 20 fr.

Libération et section du duodénum que l'on obture temporairement avec un tampon car on ne sait pas encore si l'on pourra rétablir la continuité gastroduodénale. Ligature de la coronaire le plus haut possible au-dessus de la zone d'infiltration périulcéreuse.

On dessine alors avec quelques pinces un lambeau sur la face antérieure de l'estomac et l'on pratique sa section elliptique qui, en arrière, est tangente au bord supérieur de l'ulcère. Suture de cette tranche en 3 plans.

On constate alors que le duodénum vient facilement au contact du moignon gastrique pourtant très petit dans la zone antérieure à la tranche de section qui se trouve complètement reportée en arrière. Implantation au gros bouton de Villard assurée par un surjet circulaire. L'anastomose n'est pas trop tendue, cependant on fait un point de Grey-Turner.

Durée : 2 h. 1/4. Malade peu choquée.

Examen de la pièce : Gros ulcère juxtacardiaque, petit ulcère cicatrisé de la région prépylorique. 23 %_m de G. C.

Suites excellentes sans incident.

Révue 8 mois plus tard : n'a jamais resouffert, a repris son métier, pèse 48 kilos. Examen radioscopique : petit moignon gastrique incontinent. Evacuation réglée par le duodénum.

OBS. N° 4. — Homme de 54 ans. Passé gastrique ancien. Radiographie : Niche haut située sur la face postérieure de l'estomac de grandes dimensions avec bulle d'air.

Intervention le 5 Décembre 1941 (D^{rs} J. Marion, M. Ballivet). Scophédal et A. L. très bonnè. Libération de la G. C. et découverte d'un ulcère très haut situé sur la face postérieure de l'estomac térébrant dans le pancréas et de dimension d'une pièce de 20 fr. On en fait le tour avec le doigt et on a l'impression que l'on pourra trouver au-dessus de la lésion juste assez d'étoffe gastrique pour fermer. On libère très haut la G. C. puis le duodénum jusqu'au genu superius. On sectionne le duodénum et l'on y place la pièce femelle d'un gros bouton de Villard. Relevant l'estomac, on ouvre l'ulcère. On ligature la coronaire stomacique. Section elliptique de l'estomac qui ménage un grand lambeau antérieur repéré d'avance par des pinces de Tuffier ; en arrière, la section passe au pôle supérieur de la perte de substance de l'ulcère. La suture en 3 plans se trouve entièrement rejetée en arrière contre le pancréas.

On place facilement au point déclive du petit moignon gastrique la branche mâle du bouton. Articulation et surjet circulaire. Un point de Grey-Turner de sécurité.

Durée : 3 heures — pas de choc.

Suites opératoires extrêmement simples, évacuation du bouton le 14^e jour. Actuellement, le malade a repris ses occupations de cultivateur.

Examen radiographique, fait 6 semaines après l'intervention : estomac continent avec évacuation duodénale normale.

Voilà donc des faits qui viennent démontrer que le Péan-Kocher est compatible avec des résections pour ulcères haut situés. Mais peut-on l'utiliser toujours ? Notre statistique rapporte en tout 11 ulcères juxtacardiaques. Il fut fait 5 Péan-Kocher, il fallut donc 6 fois utiliser la gastro-jéjunostomie. Ces 6 cas se décomposent de la manière suivante :

Un cas opéré en Octobre 1940 fut de réalisation extrêmement difficile. Il s'agissait d'un ulcère juxtacardiaque « semblant sténosé la partie inférieure de l'œsophage qui fait une sorte de jabot en amont ». Après la résection il ne restait qu'un tout petit entonnoir gastrique refendu en arrière jusqu'au cardia et sur lequel seule une gastrojéjunostomie fut possible sous le couvert d'un tube de Camus glissé dans l'anastomose.

Quatre autres cas représentant des ulcères situés à 3 ou 4 $\frac{1}{m}$ du cardia furent terminés par des Billroth II.

Notons que ces 5 observations s'échelonnent sur les derniers mois de 1940 et nous attachons à ce fait une assez grande importance. Comme nous l'avons dit, et nous y revenons à dessein, il paraissait osé à l'époque de tenter une anastomose gastroduodénale : à l'heure actuelle, le perfectionnement de la technique permettrait sûrement d'en élargir l'application.

Un seul cas, le 6^e, nécessita un Billroth II, malgré une tentative très poussée de Pean-Kocher : il s'agit d'un malade opéré le 24 Octobre 1941 « pour ulcère haut situé de la partie postérieure de la P. C. difficilement accessible à cause de l'adiposité de l'opéré. On décide quand même une gastrectomie. Libération très poussée du duodénum, malgré laquelle on se rend compte que surtout à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale il sera impossible de faire une gastroduodénostomie. On termine difficilement par un Billroth II. » Bonnes suites.

Prétendre à priori que la gastro-duodénostomie n'est pas praticable avec sécurité dans les ulcères haut situés serait donc

nier l'évidence. On arrive à faire ascensionner étonnamment haut un duodénum judicieusement disséqué : l'observation que nous voulons rapporter en terminant en est la preuve éclatante ; cette observation sort à proprement parler du cadre de cette thèse puisqu'elle a trait à la gastrectomie totale, mais elle montre bien le parti que l'on peut tirer du duodénum.

OBSERVATION : *Gastrectomie totale.* — Mme Fou..., 44 ans. Souffre depuis 4 ans. Deux hémotémèses, amaigrissement, teint jaune paille. Radiographie : volumineux ulcère juxta-cardiaque de la petite courbure.

Intervention le 17 Juin 1941 (Pr. Santy, D^{re} Bérard, R. Chatot). A. L. très bonne. Exploration : très volumineux ulcère juxta-cardiaque ayant entraîné des lésions presque circulaires du cardia et fixé au pédicule splénique. A ce niveau, ulcère pénétrant. La grosse tubérosité a presque disparu, elle est de forme tubulaire, aboutissant presque directement à l'infundibulum cardiaque.

On hésite sur la conduite à tenir ; la mobilité est suffisante pour faire une excrèse, à condition de faire une gastrectomie totale et une splénectomie.

On commence la gastrectomie par la grande courbure avec, en même temps, la splénectomie ; la rate est libérée du pédicule splénique et laissée adhérente à l'estomac pour enlever le tout en bloc. On libère largement le duodénum et l'on poursuit la libération du cardia rendue difficile par l'épaississement des formations péritonéales qui masquent la coronaire et la partie inférieure de l'œsophage ; on y parvient peu à peu et l'on finit par libérer tout le segment abdominothoracique de l'œsophage. On passe alors un fil de soie sur la partie inférieure de ce segment que l'on sectionne au ras du cardia.

On place un tube de Camus par la bouche dans l'œsophage et, après section du cardia, on place dans le bout œsophagien un bouton de Villard moyen. On répète le même geste sur le duodénum que l'on anastomose à l'œsophage en articulant le bouton, manœuvre difficile en raison de l'épaisseur de l'œsophage qui rend laborieux le serrage du bouton ; on fait enfin un surjet circulaire au catgut. On place ensuite des fils de soie unissant le duodénum à l'œsophage au-dessus et au-dessous de l'anastomose. Ces fils de soie sont conservés et permettent d'amarrer l'anastomose au péritoine sous-diaphragmatique. Ceci fait, le duodénum est assez fortement attiré vers le haut ; ses première et deuxième

portions se continuent directement et verticalement, on donne du jeu en libérant très largement le péritoine duodénal de la deuxième portion.

On laisse un petit drain au contact de l'anastomose. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires :

Le premier jour, on ne fait rien passer par le tube. On fait 500 ^{cm}³ de sérum sous-cutané et 600 de sérum glucosé intraveineux. Température 38°5.



Figure N° 17

Image radiographique de gastrectomie totale pour ulcère et terminée par œsophago-duodénostomie bout à bout au bouton de Villard. Le duodénum vertical, et presque entièrement déroulé, commence à se gastraliser.

Les deuxième et troisième jours, température 39°, pouls 110. Goutte à goutte, par la sonde de 2 litres par 24 heures de sérum glucosé isotonique.

Au quatrième jour, température 40°, pouls 120, foyer de con-

gestion pulmonaire à droite. Apparition d'une fistule qui s'écoule par le drain. On fait passer par le tube café au lait, jaunes d'œufs.

Au septième jour, ablation du tube de Camus et alimentation buccale avec lait, potages, fromages frais, bouillon, flans.

Au treizième jour, ballonnement postprandial avec coliques, et diarrhée fétide. Apyrexie.

Au quinzième jour, nouveau ballonnement, prenant l'allure d'une subocclusion à caractères nettement postprandial, cédant au sérum salé hypertonique intraveineux.

Au dix-septième jour, nouvelle crise de subocclusion avec onde péristaltique sur le grêle, température 38° ; on se demande l'origine de ces phénomènes : Une radiographie montre que le bouton était en place mais anse grêle dilatée avec niveau liquidien à gauche.

Réintervention (Pr. Santy, R. Chattot). Petite A. L. dans fosse iliaque gauche. On ne trouve que des anses grêles modérément distendues. L'exploration au doigt ne permet pas de sentir d'anse en occlusion. On referme. — A droite, incision : cœcum distendu rempli de liquide. Cœcostomie : il s'écoule un liquide très abondant et très fétide à odeur butyrique qui fait immédiatement penser qu'il s'agit de troubles de digestion du lait. On a l'impression que ces accidents sont dus à des phénomènes d'intolérance pour le lait due à l'absence de la muqueuse gastrique.

Au vingt-septième jour, suites excellentes ; on a donné de la pepsine et de l'acide chlorhydrique et une alimentation plus substantielle ; jus de viande, purée, œufs, fromage, pâtes. La suppression totale du lait n'a plus amené d'accident. Température 37°. La fistule étant tarie, on retire le drain abdominal.

Au trentième jour, ablation de la sonde de cœcostomie.

Au trente-cinquième jour, évacuation du bouton.

La malade sort guérie le 2 Août 1941.

Une radioscopie a montré un transit normal de la bouillie barytée qui marque un temps d'arrêt à l'extrémité inférieure de l'œsophage (comme s'il y avait à ce niveau un cardia contractile) ; la bouillie s'accumule dans le duodénum qui est distendu, forme un petit réservoir jusqu'à l'angle duodénojéjunal, mais le duodénum s'évacue immédiatement, il est encore incapable de donner une poche continente (Cliché n° 17).

Revue en Octobre 1941 : très bon état, appétit considérable, a repris 4 kilos depuis sa sortie de l'hôpital mais présente de la diarrhée (en rapport avec une insuffisance pancréatique certaine : activité lipasique diminuée à 2 unités 4). La malade prend à

chaque repas de l'acide et de la pepsine. Un examen des feces a montré une bonne utilisation des albuminoïdes et des hydrates de carbone. Numération globulaire : G. R. 3.600.000, G. B. 12.500.

Revue en janvier 1942 : excellent état général, bon appétit, trois repas par jour, a repris 8 kilos depuis son opération, n'a plus de diarrhée, ne souffre plus, est très satisfaite.

B — Dans les ulcères du duodénum

C'est certainement dans les ulcères duodénaux que la technique apparemment plus paradoxale est la plus intéressante. Avant d'en décrire les points particuliers rappelons rapidement *les principaux types de lésions anatomiques rencontrées au cours de ces interventions*.

Le plus grand nombre des ulcères duodénaux siègent sur le bulbe ou sur le reste de la première portion avant le genu superius ; ce sont eux seuls évidemment dont nous envisageons l'exérèse. Certains, de taille minime, dont l'activité est en sommeil, se présentent sur un duodénum à peine recouvert d'un léger voile de périoduodénite et qui a gardé sa mobilité. En attirant vers la gauche la région pyloro-duodénale l'ulcère se laisse facilement entraîner et ce simple coup d'œil permet de prévoir une duodénoctomie facile. Quelques petits coups de ciseaux auront très vite raison des fines adhérences périulcéreuses, et le duodénum, entièrement dégagé, montera bientôt aussi aisément que dans une gastrectomie banale. Sa dissection sera seulement poussée un peu plus loin vers le genu superius en raison de la perte de tissu imposée par la duodénectomie. L'anastomose sera facile, surtout si l'ulcère est juxtapylorique.

Mais ailleurs il en est tout autrement. Il s'agit de gros ulcères en pleine activité ayant provoqué une intense réaction inflammatoire ; un voile plus dense de périoduodénite unit la première et même la deuxième portion du duodénum à la

région soushépatique, périrénale, à tout ce péritoine postérieur qui fait suite au bord externe de la deuxième portion.

Ces formations sont particulièrement denses en avant du pédicule hépatique et unissent l'ulcère à cette région dange-reuse où vient quelquefois se fixer la vésicule biliaire. Ces adhérences, souvent très épaisses, confondues avec le péritoine viscéral du duodénum, donnent l'impression de fixer tout l'organe de façon immuable ; les tractions sur l'estomac n'attirent pas la région malade, et cette fixité du duodénum admise comme un dogme par bien des chirurgiens, inviterait volontiers à se contenter d'une opération palliative. La fixité apparaît plus irréductible encore dans les ulcères chroniques avec péri-duodénite scléreuse et cavité pénétrante dans la tête du pancréas ; le premier sentiment en face de cet énorme voile d'adhérences nacrées qui masque la première portion et le début de la deuxième, est que la gastro-duodénectomie si elle est faisable, ne se terminera sûrement pas par une anastomose gastro-duodénale.

C'est précisément contre ce dogme de la fixité irréductible de certains ulcères duodénaux que nous voulons en appeler, car *non seulement il est possible d'enlever ces ulcères, mais encore on arrive à se ménager suffisamment de duodénum sain en aval de la lésion pour faire un Péan-Kocher.*

Pour cela on commence par libérer le bord inférieur de la première portion du duodénum comme nous l'avons décrit plus haut, mais en commençant très à droite, quelquefois au genu superius lui-même ; ce temps est toujours très facile et sans danger. On progresse ainsi vers la gauche et on libère la grande courbure. Lorsque l'ulcère n'est pas adhérent au pancréas, le mieux est alors de faire, comme dans la technique banale, c'est-à-dire passer au temps postérieur, séparer le duodénum du pancréas et remonter sur son bord supérieur en se tenant constamment séparé du cholédoque par toute l'épaisseur de la glande. C'est à ce moment seulement que l'on s'attaque au temps le plus dangereux qui est la section

du voile d'adhérences jeté entre le pédicule hépatique et le bord supérieur du duodénum. En attirant le duodénum qui n'est plus retenu que par elle, on verra se tendre ces adhérences et leur section sera faite sans danger au ras de l'intestin. Tenir toujours le pédicule hépatique à distance en attirant progressivement à soi le duodénum libéré de bas en haut sur sa face postérieure, tel est le principe général de ce temps opératoire.

Mais malheureusement il n'est pas toujours possible de suivre ce programme et en particulier dans les cas où l'ulcère est térébrant dans la tête du pancréas. Il faut alors commencer par libérer entièrement la face antérieure du duodénum d'avec les voiles de périoduodénite qui arrivent du carrefour hépatique ou du sinus duodénorénal, c'est un geste que l'infiltration de solution simplifie bien. Il s'exécute aux longs ciseaux de gynécologie qui permettent de sectionner les épaisseurs successives d'adhérences pendant qu'un aide attire la région pylorique vers la gauche. S'il y a les callosités d'un ulcère en plus de la simple périoduodénite, il faut libérer les tractus qui divergent vers le pédicule hépatique en gardant un contact étroit avec le duodénum pour ne pas s'égarer vers le cholédoque.

Cette libération doit être poursuivie très loin vers la droite et même si possible, sur le bord droit de la deuxième portion, en le libérant de haut en bas. Peu à peu l'on s'aperçoit que le bloc duodéno-pancréatique monte de la profondeur. On passe alors à la face postérieure du duodénum, on dépasse largement l'artère gastro-duodénale dont la ligature est assez souvent nécessaire dans ces cas, et s'il existe une niche pénétrant dans le pancréas, au cours du décollement tout se passe comme pour un ulcère de la petite courbure dont le fond reste adhérent au pancréas tandis que la perforation se dessine sur la paroi décollée. La dissection du duodénum est quelquefois un peu hémorragique car souvent la glande pancréatique

n'est pas saine ; toutefois l'électrocoagulation permet de mener à bien ce temps difficile.

Lorsqu'on a franchi la limite des adhérences, la première portion libérée glisse vers la gauche et on la voit brusquement s'allonger et s'extérioriser ; elle ne fait d'ailleurs que récupérer sa longueur normale, apparemment diminuée, avant la dissection par l'immobilisation de l'ulcère fixé loin vers la droite. Et l'on est surpris de voir, lorsqu'on a poussé la libération jusqu'au genu superius qu'il existe en aval des lésions

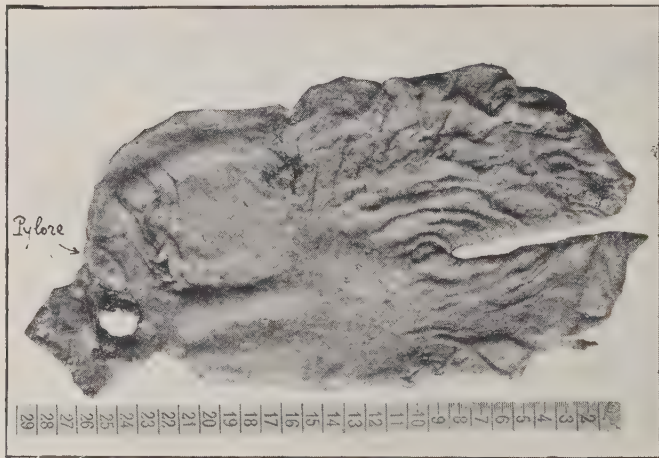


Figure N° 18 (Observ. N° 81)

Ulcère cavitaire du duodénum. Sur la pièce on voit la cavité de l'ulcère dont le fond était pancréatique. Large gastrectomie terminée par une implantation duodéno-gastrique malgré une résection étendue du duodénum.

une longueur suffisante du duodénum pour permettre une gastro-duodénostomie. Il faut d'ailleurs toujours achever la dissection duodénale par la section du péritoine latéro-duodénal comme nous l'avons indiquée dans un précédent chapitre ; cette section du ligament duodénorénal et du péritoine qui fixe à droite la deuxième portion duodénale permet au bloc duodéno-pancréatique de glisser en haut et à gauche à la rencontre du moignon gastrique.

Mais il arrive que malgré tous ces moyens mis en œuvre la longueur du duodénum sain reste négligeable, ceci venant soit du siège particulièrement éloigné de l'ulcère, soit de la rétraction réelle de la première portion duodénale qui a ainsi perdu irrémédiablement sa longueur. Il faut alors renoncer à la gastro-duodénostomie car il serait dangereux de disséquer le duodénum au-delà du genu superius ; nos recherches sur le cadavre nous ont montré en effet qu'au-delà de cette limite le clivage devient extrêmement aisé entre la glande et l'intes-

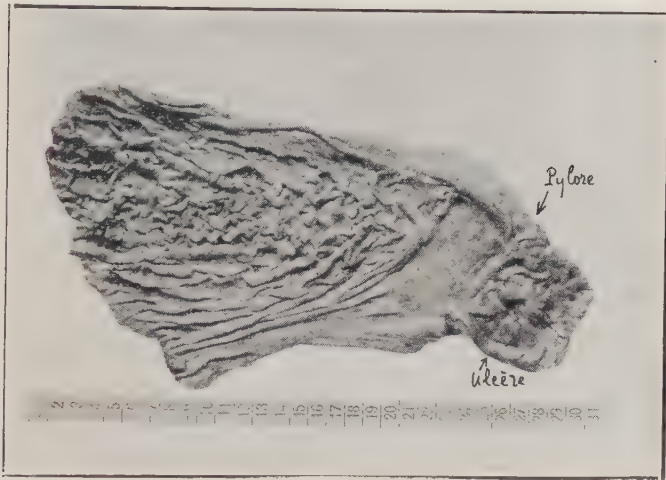


Figure N° 19 (Observ. N° 82)

Très large gastroduodénectomie montrant que les indications du Péan-Kocher peuvent être étendues à la plupart des ulcères duodénaux.

tin (beaucoup plus aisé que pour la première portion), mais si on se laisse entraîner sur cette pente facile on est conduit très vite sur le canal de Santorini et le cholédoque.

En pratique, dans quelle proportion le Péan-Kocher est-il compatible avec la duodénectomie ? Notre statistique comprend 60 gastro-duodénectomies. 41 fois nous avons fait l'anastomose duodénale, 19 fois il fallut y renoncer.

Les 41 Péan-Kocher se classent ainsi :

17 ulcères duodéno-pyloriques dont 6 associés à des ulcères de la petite courbure et 1 à un ulcère pylorique vrai. Les protocoles opératoires portent presque tous : « libération assez aisée du duodénum, on termine facilement par une anastomose gastro-duodénale ». Dans ces cas, le duodénum fut sectionné à 3 ^{cm} au plus de l'anneau pylorique.

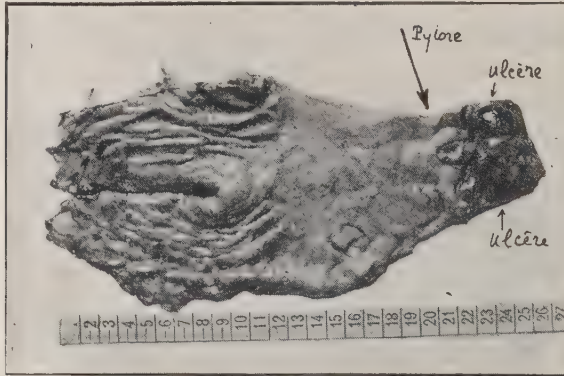


Figure N° 20 (Observ. N° 83)

Exérèse duodéno-gastrique étendue pour double ulcère duodénal. La gastroduodénostomie a été réalisée sans grande difficulté.

24 ulcères situés sur le bulbe ou plus loin sur la première portion. Parmi eux, 6 étaient pénétrants dans le pancréas, ce furent pour la plupart des gastrectomies laborieuses ; le duodénum fut disséqué jusqu'au genu superius et le bloc duodéno-pancréatique mobilisé en masse par la section du péritoine duodénopariétal droit. Dans ces cas, la section du duodénum fut très large ainsi que le montrent les photographies de pièces que nous rapportons. (Clichés n°s 18, 19, 20.)

Voici deux observations démonstratives :

OBS. N° 5. — M. Bar..., 66 ans, souffre depuis 4 ans. Radiographie : belle niche de face sur le bulbe duodénal.

Intervention le 4 Octobre 1941 (Pr. Santy, D^r Ballivet, R. Chattet). A. L. très bonne. Il s'agit d'un très volumineux ulcère de D. I situé à la face postérieure et dont l'évolution a entraîné la formation d'une masse inflammatoire tellement volumineuse, que si ce n'était le siège duodénal des lésions on pourrait craindre un cancer. Le duodénum est fixé : on commence l'exérèse dans la crainte de ne pouvoir la mener à bien. On a de grosses difficultés avec le pancréas pour faire la libération et surtout avec l'artère pancréaticoduodénale qui est considérable et qui doit être liée. On progresse ainsi en décortiquant la niche ulcéreuse de la sclérose pancréatique jusqu'au genu. Le duodénum, qui était primitivement très à droite et paraissait inaccessible, est de la sorte petit à petit mobilisé ; on arrive à extérioriser toute la première portion. On constate alors que l'ulcère est développé à 1 $\frac{\%}{m}$ du pylore, sur le bord supérieur de la face postérieure du duodénum ; sa cavité est perçue à travers la paroi duodénale, elle admet l'extrémité de l'index. Réaction inflammatoire surtout postérieure ; c'est donc sur cet épaississement qu'on a progressé pour faire la libération duodénale ; cet épaississement se poursuit bien plus loin à droite que l'ulcère lui-même.

On peut sectionner le duodénum à 2 $\frac{\%}{m}$ de la cavité de l'ulcère, le moignon restant est encore suffisant pour faire un Pean-Kocher.

Suites très simples — bouton évacué au 15^e jour.

Revu en Février 1942 : excellente digestion, ne suit pas de régime, ne fractionne pas ses repas, ne souffre plus, a récupéré son poids normal d'avant sa maladie et a pris 6 kilos depuis son opération.

Examen radioscopique : moignon de taille moyenne, s'évacuant assez lentement par bouchées successives dans le duodénum.

OBS. N° 6. — M. Ces..., 33 ans. Souffre depuis 10 ans. Image radiologique d'ulcère duodénal.

Intervention (Pr Santy, D^{rs} Bérard, F. Magnin). Il s'agit d'une lésion duodénale très complexe, on ne voit tout d'abord qu'un ulcère pylorique de moyen volume et lorsqu'on cherche à explorer le duodénum on aperçoit un deuxième ulcère de D. I, beaucoup plus volumineux, très voisin du genu supérieur et pénétrant dans le bord supérieur de la tête du pancréas. On se décide pour une gastroduodénectomie qui est rendue difficile par l'éloignement de la lésion sur le duodénum. On y arrive en décollant peu à peu la portion calleuse de l'ulcère et l'on poursuit ce décollement assez loin pour avoir une portion saine assez longue pour permettre un Pean-Kocher. Un point d'amarrage de Grey-Turner.

Examen de la pièce : P. C. 12 $\frac{\circ}{m}$ — G. C. 22 $\frac{\circ}{m}$. Il existe deux ulcères du duodénum : l'un sur la face postérieure de D. 1 adhérent au pancréas, l'autre très épaissi, calleux, sur le bord supérieur au voisinage du genu. Une fois la pièce ouverte, en mesurant la longueur du duodénum à partir de la saillie du sphincter pylorique, on voit que la résection a porté sur 6 $\frac{\circ}{m}$ de duodénum et que l'ulcère le plus à droite est à 5 $\frac{\circ}{m}$ du sphincter.

Suites opératoires : très simples, bouton évacué au 12^e jour.

Revu en Février 1942 : excellent état général, a repris son métier deux mois après l'opération, pesait avant sa maladie 65 kilos, en pèse actuellement 70. A repris depuis son opération 16 kilos.

Examen radioscopique : petit moignon gastrique s'évacuant assez rapidement dans le duodénum qui est légèrement éclaté et dont le péristaltisme chasse la baryte dans le grêle.

Les 19 gastro-duodénectomies qui se terminèrent par une anastomose jéjunale viennent montrer que, malgré tout, le Péan-Kocher n'est pas toujours réalisable faute d'étoffe. Il s'agissait d'ulcères pyloro-duodénaux (3) ou de la partie moyenne de D. 1 (16) parmi lesquels 12 étaient perforés bouchés dans le pancréas ; tous étaient accompagnés d'une intense rétraction de la première portion duodénale laissant après l'exérèse de l'ulcère une longueur minime de l'organe ne permettant pas une anastomose et dont la fermeture en bourse fut elle-même parfois malaisée.

Quoi qu'il en soit, nos observations montrent qu'il faut reconnaître au Péan-Kocher de larges possibilités dans les ulcères duodénaux et nous pouvons fixer la conduite à tenir de la façon suivante :

1)^o Il faut toujours tenter la duodénectomie. — Sur ce chapitre nous serons très brefs car nous n'avons pas à discuter ici les indications et la valeur relative des opérations d'exérèse et des opérations de dérivation dans les ulcères du duodénum. Mais il est certain que lorsque la gastro-duodénectomie n'est pas contre indiquée pour des raisons d'ordre général, les con-

ditions anastomiques ne doivent pas d'emblée faire reculer le chirurgien.

Au plus une lésion paraît importante, fixée, difficilement abordable (parce qu'elle est le plus souvent en pleine évolution), au plus il faut s'efforcer de l'enlever, parce que dans ces cas la simple dérivation après une amélioration passagère aboutit à un échec, soit du fait de l'évolution propre de l'ulcère laissé en place, soit du fait de l'apparition d'un ulcère peptique. La gastrectomie pour exclusion n'est elle-même pas sans reproche, et avant de dire qu'un ulcère duodénal est inenlevable, il faut avoir loyalement tenté de l'extirper. La pratique du Péan-Kocher entraîne d'ailleurs à cette dissection difficile et les points particuliers de cette technique sur lesquels nous avons tant insisté, montrent comment on arrive en fin de compte, à l'exérèse de l'ulcère.

2°) *Il faut toujours tenter une gastro-duodénostomie*, et pour cela pousser la libération duodénale le plus loin possible en aval de l'ulcère, jusqu'au genu superius, de façon à se ménager une longueur suffisante d'organe sain. Lorsque ce temps est terminé on verra si en amorçant un décollement rétro-pancréatique, il sera possible de faire l'anastomose. Il est remarquable d'ailleurs de noter combien un court moignon duodénal se prête à la gastro-duodénostomie. Si le rapprochement est possible on fait un Péan-Kocher : s'il s'avère impossible, on ne regrettera jamais une large libération duodénale qui permettra un enfouissement facile et excellent du moignon pour terminer par un Polya, un Finsterer ou un Billroth II.

Nous sommes persuadés à l'heure actuelle de l'intérêt qu'il y a à toujours tenter un Péan-Kocher car il s'est avéré souvent réalisable (41 fois sur 60) et ses possibilités sont là, plus qu'ailleurs, fonction de l'expérience acquise. D'ailleurs, le nombre des Péan-Kocher dans les ulcères duodénaux va croissant.

Pendant les 6 premiers mois, sur 21 gastro-duodénectomies,
il fut fait 12 P.-K. et 9 Bill. II, soit 55 % de P.-K.

Pendant les 6 mois suivants, sur 16 gastro-duodénectomies,
il fut fait 11 P.-K. et 5 Bill. II, soit 70 % de P.-K.

Pendant les 6 derniers mois, sur 23 gastro-duodénectomies,
il fut fait 18 P.-K. et 5 Bill. II, soit 80 % de P.-K.

Lorsqu'on est convaincu des avantages de cette technique on accepte volontiers les quelques difficultés qu'elle présente, et on cherche à la réaliser systématiquement. La libération duodénale étant naturellement le seul temps délicat, on peut pour se donner plus de jour, discuter l'opportunité d'une incision sous-costale droite. Elle fut utilisée 3 fois par M. Santy. L'incision, à 3 ^{cm} du rebord costal, ne va pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane, respectant la moitié interne du grand droit. Elle donne un jour remarquable sur le duodénum et la gouttière duodéno-pariétale et la dissection en est ainsi considérablement facilitée. Par ailleurs, la résection gastrique n'est pas gênée et peut être facilement aussi large qu'à l'ordinaire (Cf. clichés n^{os} 19 et 20), seule la suture de la tranche gastrique après résection est rendue plus laborieuse en raison de la situation latérale droite de l'incision. Cette voie d'abord ne doit être employée que dans les ulcères duodénaux dûment diagnostiqués, quand on a la certitude de la localisation de la lésion et de l'intégrité de la petite courbure. Il faudrait d'autre part, pour qu'elle garde tout son intérêt, être sûr que l'intervention se terminera par une gastro-duodénectomie, or on ne peut jamais en être certain ; faire, en effet, une gastro-jéjunostomie par cette voie n'est pas toujours chose facile et, de ce fait, l'incision sous-costale qui est malgré tout intéressante, doit rester d'indication limitée.

Avant de terminer ce chapitre des ulcères duodénaux, disons un mot du Péan-Kocher dans les réinterventions après gastro-entérostomies avec ou sans ulcère peptique. Notre statistique comporte 12 réinterventions :

8 fois il s'agissait d'ulcères peptiques sur une gastro-enté-

roanastomose faite plusieurs années auparavant pour ulcère duodénal. Il fallut faire une résection du grêle au niveau de l'ancienne bouche, résection qui fut suivie d'une jéjunostomie bout à bout au bouton de Villard. Il est certain que, dans ces cas, il n'est pas indiqué de faire une gastroduodénostomie au bouton en amont d'une anastomose sur le grêle également au bouton, et il semble qu'il soit plus prudent de faire une gastro-jéjunostomie en aval de la résection du grêle. Dans ces 8 cas il fut fait 5 Polya et 3 Billroth II.

4 fois il s'agissait d'ulcères duodénaux ayant continué d'évoluer et de donner des troubles après gastro-entéroanastomose. Dans ces cas après dégastro-entérostomie il était logique d'utiliser l'ouverture déjà faite sur le grêle pour terminer par une gastro-jéjunostomie, ce qui fut fait 3 fois. La 4^{me} fois M. Santy fit tout de même un Péan-Kocher parce que l'orifice du grêle étant de dimensions réduites, sa fermeture en 3 plans donnait l'impression de ne pas rétrécir la lumière intestinale : d'ailleurs le bouton duodéno-gastrique s'évacua sans incident.

Nous ne pensons donc pas qu'il y ait dans les réinterventions une indication habituelle du Péan-Kocher. Il vaut mieux s'en abstenir s'il y a eu résection du grêle, et n'en user qu'avec prudence dans la simple dégastro-entérostomie et à la condition seulement que la fermeture de l'anse grêle ne rétrécisse pas d'une façon sensible la lumière intestinale.

LE PEAN-KOCHER DANS LES CANCERS GASTRIQUES

Sur ce chapitre nous serons très bref car la question se présente assez simplement. Si un cancer de l'estomac est enlevable, l'exérèse gastrique et duodénale ne peut pas être plus étendue que dans les ulcères haut situés ou duodénaux. En conséquence, le Péan-Kocher sera possible dans les mêmes proportions.

Sur 14 cancers opérables, il a été réalisé 14 fois. Toutefois, dans le néoplasme les tissus ne sont pas de bonne qualité et les conditions ne sont pas très favorables à l'anastomose duodénale. Dans l'ulcère duodénal ou gastrique, le duodénum est très épaissi et offre une étoffe résistante et sûre ; dans le cancer au contraire, le duodénum est mince et fragile, et le Péan-Kocher ne présente pas la même sécurité, cependant nous n'avons noté qu'une seule désunion :

OBS. N° 7. — Mme Mar..., 56 ans. Syndrome gastrique datant de 1 an.

Intervention (P^r Santy) le 18 Novembre 1941 : Pean-Kocher facile pour cancer du pylore. Suites normales, évacuation du bouton au 12^e jour. Brusquement, au 4 Décembre, syndrome de perforation.

Réintervention le 4 Décembre : Lâchage de l'anastomose sur sa demi-circonférence antérieure. Mise en place d'un tube duodénal à demeure et suturé de la brèche.

Guérison après évolution d'un abcès sous-phrénique et d'une pleurésie purulente drainés, le 18 Janvier et 22 Février 1942.

La pathogénie de cette désunion trouve son explication soit dans la mauvaise qualité des tissus duodénaux, soit dans le fait que la section gastrique a porté trop près de l'anastomose

et que l'étroite bande de tissus gastrique ménagée entre ces deux zones et mal vascularisée s'est sphacélée.

Les trois autres observations d'ulcères juxtacardiaques ont été déjà citées dans le texte.

Nous pensons donc que la méthode reste applicable dans les cancers de l'estomac. Il est d'ailleurs possible de préparer les malades porteurs de grosses tumeurs infiltrantes par un traitement préopératoire au Ferriscorbone sodique qui a l'avantage de désinfiltrer la tumeur et de la désinfecter.

Sur nos 14 opérés, deux ont succombé à la fin de la première semaine de défaillance cardiaque, il s'agissait de cas particulièrement graves chez des malades au très mauvais état général.

Les autres opérés ont actuellement d'excellents résultats datant de 6 mois (2 cas), 8 mois (3 cas), 11 mois (2 cas), 14 mois (3 cas), et 16 mois (2 cas).

Si nous avons cherché à élargir au maximum les indications de ce mode d'anastomose de façon à utiliser le plus souvent possible le Péan-Kocher c'est qu'il présente un double avantage technique et fonctionnel.

TECHNIQUEMENT le Péan-Kocher est relativement facile et rapide. Nous avons déjà insisté ailleurs sur l'avantage que présente l'utilisation du bouton, nous n'y reviendrons donc pas. Il convient surtout d'insister comme le faisait Polya sur le fait que toute l'intervention se passe dans l'étage sus-mésocolique, région où l'on peut travailler avec un minimum de risques d'infection, sans avoir à aller manipuler le grêle en plein ventre comme le regrettait déjà Billroth. Limiter ainsi le champ opératoire revêt à nos yeux un intérêt de tout premier ordre : à aucun moment on ne se trouve gêné par les anses grêles et l'intervention y gagne en simplicité et en sécurité. Enfin, s'engager dans un Péan-Kocher est ni dangereux ni compromettant : le chirurgien ne coupe pas les ponts derrière lui, et si l'anastomose duodénale s'avère impossible, il sera toujours temps de décider une gastro-jéjunostomie, et la large dissection duodénale aide considérablement à la fermeture et à l'enfouissement du moignon.

DU POINT DE VUE FONCTIONNEL le Péan-Kocher offre un double avantage mécanique et bio-chimique.

L'avantage mécanique est lui-même primordial : la gastro-duodénostomie évite l'utilisation de l'anse grêle dans laquelle l'évacuation risque toujours d'être gênée. Il est bien évident que dans la majorité des cas les anastomoses jéjunales donnent toute satisfaction, mais chaque fois que l'on fait traverser le mésocolon à une anse grêle, ou que l'on passe en avant

du transverse entre lui et la paroi, on s'expose à une gêne mécanique, à des étranglements, à des compressions, à des reflux duodénaux, à toutes sortes de troubles dont la gravité peut nécessiter la réintervention.

A l'opposé, l'anastomose duodénale donne obligatoirement toute sécurité ; rien ne peut gêner l'évacuation du moignon gastrique dans le segment sous-jacent et le fonctionnement post-opératoire n'est pratiquement jamais troublé.

Du point de vue bio-chimique, l'intérêt est encore plus grand peut-être : le contenu gastrique arrive immédiatement au contact du milieu duodénal, et il ne faut pas oublier que « si nous pouvons adapter l'opération à la fonction physiologique après avoir modifié l'état pathologique, il faut le faire ». Ce rétablissement normal de l'anastomose digestive est le principal avantage du Péan-Kocher et les résultats éloignés nous le montreront.

LES RÉSULTATS

I. — Les suites immédiates

A — La simplicité des suites

A l'heure actuelle la simplicité habituelle des suites opératoires dans les gastrectomies est un fait observé par tous. Non seulement le taux de la mortalité s'est effondré en quelques années grâce au progrès de la technique chirurgicale, mais encore l'absence de troubles d'évacuation du moignon gastrique dans les premiers jours est devenu pour ainsi dire de règle. Tout incident de cet ordre est considéré maintenant comme anormal, et sur ce point la gastrectomie a meilleure réputation que la gastro-entéro-anastomose. Ceci nous semble tout naturel et pourtant l'époque n'est pas encore si lointaine où X. Delore conseillait le lavage d'estomac systématique après gastrectomie ! Les chirurgiens sont aujourd'hui habitués à cet état de choses, et lorsqu'on parle de la grande simplicité des suites du Péan-Kocher, il serait loisible de penser « cette simplicité se rencontre tout aussi bien dans tel ou tel type d'anastomose, et là-dessus la gastro-duodénostomie ne saurait rien apporter de nouveau ». Peut-être... mais nous insisterons quand même sur cette simplicité. Jamais nous n'avons noté si peu d'incidents post-opératoires que depuis la mise en pratique du Péan-Kocher. Dans les gastro-jéjunostomies même les mieux faites, il y a toujours un certain pourcentage de troubles d'évacuation, et il en est forcément ainsi chaque fois

qu'une anse grêle est attirée à travers le mésocolon jusqu'à l'estomac. Dans toutes les statistiques, même les meilleures, il est toujours question de quelques vomissements les premiers jours et de lavages gastriques. Or, il nous semble que le Péan-Kocher évite au maximum ces inconvénients, car sur nos 100 opérés 5 seulement ont eu des suites qui ne furent pas parfaitement simples.

3 d'entre eux eurent des troubles de l'évacuation au deuxième jour, caractérisés par de petits vomissements qui cédèrent au premier lavage ; seul le quatrième présenta un syndrome plus grave qui nécessita la réintervention. Ce malade (observation n° 55) vomit abondamment les premiers jours et surtout présenta une distension de la poche gastrique mettant les sutures en danger ; les lavages n'ayant aucun effet, il fallut réintervenir au troisième jour et faire une gastro-entéro-anastomose de sécurité. Comment faut-il interpréter ces phénomènes ? Peut-être comme le fait Finsterer, par le mécanisme du « clapet ». Il dit en effet *que si l'anastomose est trop près de la ligne de section gastrique, elle risque d'être obstruée* par le bourrelet créé à l'intérieur du moignon stomacal lors de la suture et de l'enfouissement de la tranche gastrique ; cet éperon épaissi encore par l'œdème des premiers jours peut ainsi venir faire clapet et obturer la bouche. Cette explication est fort plausible, c'est en tous cas la seule à invoquer dans ce mode d'anastomose où l'œdème de la bouche ne peut entrer en jeu et où le bouton, par sa présence même, maintient une ouverture béante ; d'où nécessité absolue, comme nous l'avons déjà dit, de faire porter loin de l'anastomose la ligne de section gastrique. Il est permis toutefois de penser qu'un autre facteur peut entrer en jeu, nous voulons dire l'infection, la réaction inflammatoire du péritoine, amenant un réflexe inhibiteur de la motricité gastro-intestinale. Notre cinquième malade est à ce point de vue très instructif. Il présenta des troubles de l'évacuation gastrique rebelles et

qui ne cessèrent, d'ailleurs brusquement et totalement, qu'avec l'évacuation d'un volumineux hématome supuré de la paroi.

Mis à part ces cinq cas, toutes les suites opératoires furent extrêmement simples et, nous n'hésitons pas à le dire, plus simples que dans aucun autre type de gastrectomie. Absence de troubles mécaniques et apyrexie souvent totale sont dues, nous en sommes absolument persuadés, au fait que l'intervention strictement sus-mésocolique, aboutit dans des conditions de perméabilité remarquables l'estomac dans le duodénum où l'évacuation se fait le plus simplement du monde sans risque d'étranglement ou de coudure de l'intestin. On peut d'ailleurs faire coucher le malade sur le côté droit quand il a absorbé du liquide les premiers jours, ceci facilite la vidange du moignon comme nous l'a montré l'examen radioscopique.

B — L'alimentation

Quant à l'alimentation des gastrectomisés elle ne présente rien de bien particulier. Pendant les trois premiers jours on se contente de donner de l'eau et des tisanes sucrées par cuillères à café toutes les heures le premier jour et par quart de tasse le troisième. Au quatrième et cinquième, nous laissons boire à volonté des tisanes ou du bouillon. Du sixième au huitième jour on donne une grande quantité de café au lait et jusqu'au dixième des potages de farine de semoule et des purées. Au quinzième jour l'opéré commence à manger du jambon et à prendre une nourriture plus substantielle. A cette période d'ailleurs le bouton est assez souvent évacué, mais il ne l'est pas toujours, et dans ce cas il faut passer outre et alimenter le malade sans s'en inquiéter, à condition de fractionner les repas. Seuls quelques opérés indociles ayant mangé trop vite ou trop abondamment avant l'évacuation du bouton ont eu quelques douleurs dans l'hypocondre gauche, des sensations de plénitude et parfois des vomissements, mais tout cela est exceptionnel.

C — La mortalité

Sur 86 ulcères gastro-duodénaux, nous avons enregistré 4 morts, soit 4,6 % de mortalité. Sur ces 4 décès, 3 sont dus à un défaut de technique qui fut identifié, qu'il est facile d'éviter, et contre lequel il convient de mettre en garde l'opérateur non averti.

Il nous est donc permis de penser qu'à l'avenir le taux de mortalité tombera encore. Voyons de plus près les causes de ces quatre échecs.

Le premier échec (Observation N° 48) n'est pas imputable à proprement parler à la méthode de gastro-duodénostomie. Il s'est agi d'une hémorragie intra-péritonéale post-opératoire dont l'autopsie révéla le point de départ. Un vaisseau court venu du hile splénique à la grosse tubérosité gastrique fut déchiré vraisemblablement au cours des tractions exercées sur la grande courbure lors de sa libération. L'hémorragie d'abord enkystée ne fut pas reconnue au cours de l'intervention et secondairement l'hématome se rompit dans le grand péritoine.

Les trois autres échecs (Observations N°s 47, 86 et 87) sont au contraire imputables à la méthode, mais en raison d'un défaut de technique qu'il est facile d'éviter maintenant qu'il est connu.

Les trois opérés moururent de péritonite par désunion de la tranche gastrique à la fin de la première semaine. Deux fois la réintervention fut pratiquée et permit de se rendre compte de la cause de cet accident. Cette cause est la suivante : lorsqu'on fait porter la section gastrique en aval du bouton trop près de l'anastomose, il ne reste entre celle-ci et la tranche gastrique suturée qu'une bande trop étroite de tissus mal vascularisés et voués à la nécrose. La suture de la tranche présente donc des points faibles, qui lâchent dès que le malade commence à absorber des liquides en quantité.

C'est pourquoi, comme nous y avons insisté plus haut, il

convient de sectionner l'estomac assez loin de l'anastomose. Cette précaution évite ainsi, outre le sphacèle, le phénomène « du clapet » (voyez p. 86) et les troubles de l'évacuation.

Il est à noter d'ailleurs *que dans tous ces cas l'anastomose fut toujours trouvée intacte* ; c'est là, si l'on peut dire, le point essentiel, car il est de ce fait impossible de reprocher à la gastro-duodénostomie elle-même la péritonite par désunion, puisque le point faible de la méthode en général est l'anastomose, et que celle-ci a toujours parfaitement tenu.

Sur les 14 cancers gastriques il y a eu 2 morts, soit 12,5 % de mortalité. Nous avons déjà rapporté plus haut ces deux observations. Il s'agissait de cas manifestement trop graves, qui étaient à la limite de l'opérabilité, et l'autopsie montra l'absence de toute péritonite et l'excellence de l'anastomose.

D — L'évacuation du bouton anastomotique

Si le bouton est le seul moyen de réaliser simplement et sûrement la gastro-duodénostomie, c'est aussi le point faible de la méthode, et les adversaires du bouton ne manqueront pas de le faire remarquer, jetant une fois de plus l'opprobre sur un mode d'anastomose cher aux Lyonnais. Sur les 94 gastrectomies qui sont en vie, 84 évacuèrent leur bouton ; 10 le gardèrent, soit un peu plus de 10 %.

Le bouton est évacué dans l'intestin entre le dixième et le vingtième jour. Il est très rare de le voir expulser avant le dixième jour (5 cas).

Les chiffres nous ont montré que le bouton tombe avec le maximum de fréquence au douzième, treizième et dix-huitième jour. Seuls quelques malades le gardèrent jusqu'au vingt-et-unième. Sa chute est annoncée quelquefois par un petit épisode douloureux, très passager, et un seul malade présenta des signes de subocclusion pendant les quelques heures qu'il mit

à traverser le grêle. Tel est dans la règle le comportement du bouton ; mais d'autres fois il reste en place un temps plus long : un mois (2 cas), 2 mois (3 cas), 4 mois (1 cas), sans d'ailleurs entraîner aucune gêne chez les malades très satisfaits, ayant repris du poids, et simplement un peu inquiets de savoir qu'ils n'ont pas fait le bouton. Il est bien difficile d'interpréter cette rétention du bouton, elle est vraisemblablement due à l'imperfection de son serrage et au manque d'écrasement des tuniques interposées ; *c'est pourquoi il faut veiller à ce que les parois gastriques ou duodénales ne fassent aucun bourrelet autour du bouton, et faire avec un soin particulier le sertissage à la soie.*

Pendant longtemps Monsieur Santy se contenta de faufiler la soie sur la paroi gastrique en traçant une circonférence au centre de laquelle un trou était pratiqué pour le bouton. En fait, cette surface ainsi délimitée est toujours trop grande et les parois gastriques font un bourrelet autour de la pièce mâle lorsque le fil est serré. *Aussi convient-il de mettre en place le bouton gastrique comme nous l'avons indiqué dans la technique opératoire*, c'est-à-dire pratiquer d'abord une incision séreuse et musculuse ourlée ensuite à la soie de façon à circonscrire la plus petite surface possible sur l'estomac ; c'est ainsi que l'on fait actuellement à la clinique. *Depuis cette modification, les boutons ont toujours été évacués normalement*, alors qu'auparavant, outre les rétentions prolongées que nous avons signalées, dix d'entre eux tombèrent dans l'estomac au lieu de prendre le chemin de l'intestin.

Cette chute dans l'estomac présente un gros inconvénient : c'est l'impossibilité pour le bouton d'être évacué secondairement dans l'intestin, car la bouche anastomotique est toujours légèrement plus petite que lui. Il y a peu de chance d'autre part pour qu'il soit expulsé par vomissement, en tous cas nous ne l'avons jamais observé. La présence de ce corps étranger gastrique constitue-t-elle un danger ? En vérité bien moins grand qu'on ne pourrait s'y attendre, et 7 de ces opérés n'en

ressentirent aucune gêne ; le bouton est dans le bas-fond et ne gêne pas l'évacuation. Les digestions sont excellentes et la reprise de poids normale pour un Péan-Kocher (l'un d'eux a même repris 25 kilogs), par contre, il a fallu 3 fois retirer le bouton par gastrotomie. Dans ces trois cas il y avait des troubles marqués de l'évacuation, le corps étranger venant par instant obturer la bouche, provoquant des vomissements. Ces réinterventions nous ont montré deux fois un léger rétrécissement de la bouche qui fut dilatée au doigt, la troisième fois l'anastomose était très largement perméable. La recherche du bouton n'est pas toujours chose facile ; il faut mettre le malade en position demi-assise sans quoi le bouton glisse sous le diaphragme.

Faut-il encore reprocher au bouton des sténoses secondaires de la bouche ? De nombreux chirurgiens, et en particulier Finsterer, pensent que la gastro-duodénostomie « a l'inconvénient de causer des rétrécissements secondaires, et il faut lui ajouter une gastro-entéro-anastomose secondaire ou tardive », à plus forte raison, dira-t-on, si l'anastomose est faite au bouton ? Nous ne le pensons pas et il ne faut pas raisonner par analogie avec la gastro-entéro-anastomose au bouton qui risque fort de s'obstruer si le pylore est perméable. Dans la gastrectomie la bouche anastomotique est la seule voie d'évacuation et de ce fait elle a peu de tendance à la sténose. D'ailleurs, sur les 50 malades que j'ai revus moi-même et qui ont des résultats de plus d'un an, aucun ne présente de signes cliniques ou radiologiques de sténose orificielle. Il est certain que seul le temps peut répondre et dire si nous avons fait fausse route ?

Tel est le comportement du bouton anastomotique dans les suites opératoires. Nous ne cherchons nullement à en diminuer les inconvénients ; le plus grave est que 10 % sont tombés dans l'estomac, cependant *depuis que la mise en place du bouton gastrique a été perfectionnée tous s'évacuèrent, et cet inconvénient majeur a disparu.* Mais en vérité ces inconvé-

nients sont minimales et nous pensons fermement qu'il faut en faire courir le risque aux malades, étant donné en revanche les avantages d'ordre fonctionnel et général qu'offre le Péan-Kocher.

II. — Le fonctionnement du couple gastroduodénal et les modalités de l'évacuation Etude radiologique

L'évacuation du moignon gastrique après l'anastomose duodénale est assez curieuse à considérer. Elle se fait suivant des lois générales connues, mais présente cependant des particularités peu étudiées jusqu'ici.

(¹) *Examen précoce.* — L'examen radioscopique pratiqué quelques jours après l'intervention, le malade étant couché, montre le bouton sur le côté gauche du rachis. De ce fait on peut déduire que c'est le premier segment duodénal qui, en position couchée, vient reposer sur le dos d'âne aortico-vertébral. Malgré la béance de la bouche due à la présence du bouton, il faut un remplissage important de la poche gastrique pour qu'on assiste à une évacuation duodénale. C'est le trop plein seulement qui se déverse et il faut incliner le sujet sur le côté droit pour voir un remplissage rapide de l'intestin et une évacuation presque totale de l'estomac.

En somme, l'impression dominante c'est qu'au cours des premiers jours et en raison de l'inertie manifeste du couple gastro-duodénal, les conditions mécaniques de pression et de pesanteur jouent au maximum : l'amélioration immédiate obtenue chez certains opérés par la mise en décubitus droit semble bien répondre à une plus grande facilité du transit dans le premier segment duodénal, qui risque fort d'être écrasé sur le saillant aortico-vertébral par la traction exercée dans le décubitus dorsal par le moignon gastrique lourd de liquide.

Plus tard, vers le vingtième jour, alors que le bouton a été éliminé et que l'opéré a repris l'alimentation normale, le transit revêt un type bien particulier. Le sujet étant examiné en position verticale, l'ingestion d'un bol de bouillie barytée montre une poche gastrique atone dont les grandes dimensions surprennent toujours lorsqu'on songe à l'étendue de l'exérèse qui a été pratiquée. L'évacuation duodénale commence aussitôt et la bouillie glisse rapidement en un filet continu ou par jets successifs et tumultueux jusqu'au point déclive du



Figure N° 21

Image radiologique de Peau-Kocher vingt jours après l'intervention. Grand moignon atone. Premier segment duodénal privé de péristaltisme. Dilatation et stase au niveau de l'angle D II-D III.

duodénum représenté habituellement par la jonction entre D. 2 et D. 3. C'est en ce point que s'observe un phénomène assez particulier : la bouillie s'arrête, dilate plus ou moins le duodénum alors que le péristaltisme de D. 3 entrant en jeu, évacue par bouchées successives son contenu dans le jéjunum. (Voir figure 21.)

L'image ainsi dessinée est assez curieuse : le duodénum est fortement attiré à gauche ; ses premier et deuxième segments

rectilignes et qui sont dans le prolongement l'un de l'autre (puisque l'angle a été résorbé) montent obliquement en direction du moignon gastrique faisant avec la troisième portion un V plus ou moins ouvert et dont le sommet est le siège d'une dilatation. Le second coude duodénal est lui-même attiré en haut et à gauche, si bien que le déroulement du cadre est en partie réalisé.

On peut ainsi schématiser un mode d'évacuation habituel de l'anastomose à la Péan-Kocher et individualiser 3 segments radiologiquement distincts.

A) La poche gastrique. — Réservoir inerte passivement dilaté par la bouillie à cette période et au niveau duquel nous n'avons jamais observé le moindre mouvement péristaltique pas plus que nous n'avons observé de mouvements suppléant le fonctionnement d'un pyllore au niveau de l'anastomose.

B) Le premier segment duodénal. — Rectiligne (qui correspond en fait à D. 1 et D. 2) est un conduit inerte (sans doute privé de toute innervation extrinsèque comme l'a fait remarquer Monsieur Mallet-Guy). Sa longueur, son inclinaison, son calibre sont autant de facteurs individuels essentiellement variables. Ce qui est constant, c'est son mode d'évacuation passif et assujéti à la simple loi de la pesanteur.

C) Le deuxième segment duodénal. — (Qui représente D. 3 et D. 4) est caractérisé par l'apparition d'un péristaltisme net. C'est l'origine de ce segment qui est le siège du phénomène particulier de stase avec dilatation du duodénum qu'on observe très habituellement à la jonction de D. 2 et D. 3. Cette dilatation est habituellement légère et se traduit par une image arrondie ; elle peut être rendue responsable des impressions de gonflement ressenties par certains sujets dans la partie droite de l'abdomen au début d'un repas ingéré trop rapidement. Cette dilatation duodénale nette et à peu près constante est accompagnée d'un péristaltisme de D. 3 et D. 4 qui évacue la baryte dans le jéjunum, et nous n'avons jamais observé de troubles aussi intenses que ceux rapportés derniè-

rement par Monsieur Mallet-Guy et qui en justifiaient l'établissement d'une duodéno-jéjunostomie.

La raison même de cette dilatation semble difficile à préciser et à priori les facteurs qu'on peut logiquement invoquer sont nombreux. Facteurs mécaniques : en position verticale l'angle D. 2 D. 3 représente le point déclive où prend fin la chute libre des aliments. Facteurs anatomiques : l'angle D. 2 D. 3 est chez certains sujets vraiment très aigu et peut créer un obstacle à l'évacuation. Facteurs physiologiques : la reprise d'un péristaltisme normal ralentit l'évacuation et crée un certain degré de stase en amont reproduisant en quelque sorte un contrôle pylorique élémentaire. Facteurs nerveux : la suppression du contrôle nerveux extrinsèque est susceptible de s'accompagner de dilatation duodénale comme l'ont montré les expériences de Monsieur Morin chez le chien. Il est probable que les éléments nerveux jouent un rôle de premier ordre, car avec le temps l'aspect radiologique se modifie à mesure que le couple gastro-duodéal retrouve sa ténacité et son péristaltisme.

2°) *Examen à longue échéance.* — Un examen radiologique pratiqué au bout de quelques mois montre un aspect différent, celui de l'adaptation définitive du couple gastro-duodéal à son fonctionnement nouveau.

Tout d'abord, dans l'immense majorité des cas, le moignon gastrique est de dimensions plus réduites qu'au premier examen, il a récupéré son tonus et s'est rétracté sous les fausses côtes, attirant à lui le duodénum passé tout entier à gauche de la colonne. Il arrive que le duodénum dessine quelquefois une boucle, sa portion proximale mobile surcroisant les troisième et quatrième portions restées fixes.

Le second fait frappant est une modification du péristaltisme. Si la poche gastrique reste complètement inerte, les contractions duodénales par contre apparaissent beaucoup plus tôt ; le premier segment duodéal présente souvent un péristaltisme net et la dilatation constatée au niveau de l'angle D. 2 D. 3

disparaît. On assiste en somme à une récupération du péristaltisme duodénal. En résumé, l'évacuation gastro-duodénale à l'état d'adaptation se fait de la façon suivante :

Le moignon gastrique privé du péristaltisme mais tonique, se laisse faiblement distendre et ne joue en aucun cas le rôle de réservoir continent. Il n'existe pas au niveau de la bouche anastomotique de mécanisme régulateur analogue au pylore.



Figure N° 22

Image radiographique d'un Peau-Kocher « adapté ». Le moignon gastrique de petite taille est pratiquement privé de péristaltisme, la bronche est incontinente mais on observe sur le premier segment duodénal des contractions violentes qui ralentissent et régularisent l'évacuation de l'estomac. Le reste du duodénum n'est pas dilaté et son péristaltisme est très actif. Il y a déjà beaucoup de baryte dans le grêle. Le cliché a été pris dix minutes après l'ingestion.

L'estomac est devenu un simple lieu de passage (c'est vraisemblablement pourquoi il s'est rétracté) et la bouillie barytée tombe d'elle-même immédiatement dans le duodénum. Là, elle est prise en main par le duodénum ; celui-ci se laisse légèrement distendre, ralentit la vitesse du transit, puis animé d'un

péristaltisme plus ou moins violent mais toujours très net, il chasse la bouillie dans le jéjunum par bouchées successives et à intervalles plus ou moins rapprochés, contrôlant et régularisant de ce fait l'évacuation gastrique. Il serait justifié de dire que le nouveau système sphinctérien est le duodénum lui-même. (Voir figure N° 22.)

Tel est le type le plus habituel de l'évacuation après Péan-Kocher. Cette modalité de fonctionnement radiologique est tout à fait différente de celle décrite par Senèque et Marx [1] après Kocher, et par Goyer après Péan. Ces auteurs, en effet, ont vu dans la majeure partie des cas un grand moignon avec bouche anastomotique continente donnant une évacuation rythmée analogue à celle d'un pylore normal, et ont trouvé une durée d'évacuation plus longue après gastro-duodénostomie qu'après gastro-jéjunostomie. Il faut rapprocher ces observations de celles que Duval et Bécclère rapportèrent à la *Société de Chirurgie de Paris*, du 20 Octobre 1920, où ils donnèrent d'une gastrectomie de type Péan le compte-rendu radiologique suivant : « Tout se passe comme s'il existait un pylore normal : chaque contraction de l'estomac est suivie d'une évacuation fragmentée dans le duodénum. Un radiologiste non averti pourrait ne rien signaler d'anormal au point de vue du fonctionnement du pylore ».

Pourquoi de telles différences avec ce que nous avons observé ? L'explication à notre avis doit être recherchée essentiellement dans l'étendue plus ou moins grande de la résection pratiquée. La pylorectomie, en effet, laisse persister un péristaltisme d'autant plus net que la résection a été plus parcimonieuse ; à l'inverse, la gastrectomie supprime le péristaltisme dans la mesure où elle a été véritablement large, et l'évacuation active, péristaltique, qui caractérise le fonctionnement du pylore normal est remplacée par une évacuation

[1] SENÈQUE et MARX. — Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. *Journal de Chirurgie*. 1936, T. I, p. 1.

passive et arythmique ; ce mode d'évacuation paraît être la rançon de toute gastrectomie large. Les gastrectomies observées par les auteurs cités plus haut étaient probablement des gastrectomies plus limitées que le Péan-Kocher, car seule cette technique permet de faire d'une façon constante d'aussi large exérèses compatibles avec l'anastomose duodénale.

Il faut dire d'ailleurs que nous avons trouvé en examinant d'anciens Péan-Kocher quelques sujets présentant ce type d'évacuation décrit par Duval et Béchère avec grand moignon continent, mais ils sont très rares, ne comptent pas parmi les meilleurs résultats fonctionnels et correspondent d'ailleurs le plus souvent à des gastrectomies moins larges qu'à l'ordinaire.

En résumé, la modalité de fonctionnement la plus fréquente dans le Péan-Kocher est l'évacuation assez rapide dans le grêle d'un petit moignon gastrique, en apparence continent par le fait que le transit est contrôlé et régularisé par le duodénum. C'est à ce type radiologique que correspondent les meilleurs résultats fonctionnels.

III. — Les résultats fonctionnels éloignés

Une enquête sur les résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères, terminées par anastomose gastro-jéjunale a montré à MM. Santy et Mallet-Guy qu'il était possible d'adresser à ces opérations un double reproche [2].

1°) L'existence de troubles digestifs qui semblent d'ailleurs évoluer vers l'amélioration avec le temps et qui se manifestent par des pesanteurs post-prandiales avec point douloureux net et souvent aigu dans l'hypocondre, ou par des lenteurs particulièrement marquées de la digestion.

2°) L'existence d'un déficit pondéral avec reprise très

[2] P. SANTY et P. MALLET-GUY. — Enquête sur les résultats éloignés des gastrectomies pour ulcère. *Lyon Médical*, 1938, T. I, p. 445.

incomplète du poids, l'opéré retrouvant quelquefois à peine son poids préopératoire. Ce déficit étant d'ailleurs indépendant des troubles fonctionnels précités et semblant l'apanage des réceptions larges. Ce défaut d'engraissement est maximum dans les deux premières années.

Le déterminisme de ces troubles d'ordre pondéral est complexe : de nombreux facteurs entrent en jeu, le taux de l'acidité gastrique, les dimensions et les conditions de motricité du moignon et enfin les modalités chimiques de la digestion où intervient un trouble du mécanisme de déclenchement de la sécrétion pancréatique.

Or, ce qui fait l'intérêt des suites éloignées du Péan-Kocher, c'est l'énorme diminution sinon l'absence de ces troubles que l'on relève chez les Billroth II, les Finsterer et surtout les Polya.

1. — Les troubles digestifs sont rares, nous les avons trouvés à peine dans 10 % des cas.

Les lenteurs de digestion ne se rencontrent que dans les très rares cas des grands moignons très continents. Quant aux pesanteurs post-prandiales avec point douloureux sous-costal ou dorsal, révélant une évacuation trop rapide dans le grêle, elles sont plus rares qu'on ne pourrait le penser sur le vu de l'examen radiologique. En effet, le moignon est petit, la bouche est incontinente, mais le duodénum joue à tel point son rôle de régulateur que l'arrivée dans le grêle, quoique rapide, ne se fait jamais en trombe ; en conséquence, si il est nécessaire de conseiller à l'opéré de fractionner ses repas dans les suites rapprochées de l'intervention, très rapidement il reprend le rythme des trois repas par jour.

2. — Le déficit pondéral observé dans les méthodes de gastro-jéjunostomie et qui traduit la gravité de la mutilation imposée au malade fait place, dans les observations de Monsieur Santy, à une très belle reprise de poids. C'est là peut-être le point de vue le plus intéressant de la méthode.

Nous avons revu personnellement 61 opérés dont l'intervention remontait à 6 mois au moins. Sur le nombre :

A) 19 ont récupéré entièrement leur poids normal d'avant leur maladie, c'est-à-dire leur poids de 5, 8 ou 10 ans avant l'opération, date à laquelle ils ont commencé à voir paraître leur syndrome gastrique et leur amaigrissement.

B) 35 présentent de belles reprises de poids, parmi lesquels :

8 ont repris 9 et 10 kilogs

4 ont repris 12 et 14 kilogs

3 ont repris 15 et 18 kilogs

1 a repris de 25 kilogs

C) 7 enfin ont seulement récupéré le poids qu'ils avaient en entrant à l'hôpital et n'ont jamais pu reprendre davantage.

Une reprise de poids aussi importante et rapide (dans la mauvaise période que nous traversons au point de vue alimentaire) plaide à elle seule en faveur de l'anastomose duodénale, car c'est sans conteste à ce mode de rétablissement qu'il faut attribuer ces heureux résultats.

La gastro-duodénostomie conserve à la filière digestive sa disposition anatomique et physiologique ; le duodénum siège des excitations sécrétoires normales en reste le centre, et c'est là sans doute la raison du succès de cette opération. Il est à noter par exemple que ces opérés réagissent mieux que les autres à l'administration d'acide chlorhydrique ce qui peut être, entre autres, une manifestation des avantages physiologiques tirés de cette chirurgie conservatrice. N'était-il pas intéressant de remarquer que les bons résultats des B. II se voyaient souvent lorsqu'un petit reflux providentiel dans l'anse afférente venait exciter directement le duodénum ?

Il serait intéressant de rechercher à ce sujet (et dans le sens où l'ont fait déjà MM. Santy, Mallet-Guy et Chambon pour les anastomoses jéjunales) [3] si le mécanisme de déclenchement

[3] P. SANTY, P. MALLET-GUY, M. CHAMBON et P. FOLLIET.
— Modalités chimiques du fonctionnement des gastrectomies.
Lyon Médical, 1938, T. I, p. 485 ;

et Documents sur la sécrétion pancréatique externe des gastrectomisés. *Lyon Chir.*, 1939, p. 9.

de la sécrétion pancréatique est aussi profondément troublé après Péan-Kocher qu'après Polya, Finsterer ou B. II, en tenant compte des variations du taux de l'acidité gastrique et des conditions de motricité du moignon ; mais les documents sont encore insuffisants et il est impossible d'aborder cette question ici.

Que seront les résultats du Péan-Kocher à échéance de plusieurs années ? L'avenir répondra. La plus vieille observation ne date pas encore de deux ans, mais il est permis de penser, à en juger par les résultats déjà obtenus, que cette méthode donnera toute satisfaction. Le risque d'ulcère peptique déjà fortement diminué par le fait de l'anastomose duodénale (comme l'ont mis en évidence de nombreux auteurs, et parmi eux Leriche, Finsterer et Schœmaker) l'est encore par l'éten due de l'exérèse, car nous avons abondamment prouvé que la gastro-duodénostomie n'impliquait pas la nécessité d'une résection économique.

Telle est cette opération du Péan-Kocher dont nous avons suivi par étape la mise au point pour l'avoir vu réaliser tant de fois par notre Maître Monsieur Santy.

Les perfectionnements apportés peu à peu à sa technique permettent d'en élargir de jour en jour les indications, d'en simplifier les suites, et d'en abaisser le taux de mortalité.

La mise en place du bouton si spéciale et maintenant bien réglée, facilite son élimination, et il est absolument certain qu'à l'avenir ses inconvénients relevés dans les 100 premiers Péan-Kocher ne se verront plus.

Quant à la mortalité, elle doit diminuer encore, puisque ayant dépisté des défauts de technique on a trouvé le moyen d'y remédier.

Pour toutes ces raisons il était légitime de plaider en faveur de la gastro-duodénostomie qui est bien, en même temps que le plus ancien, le meilleur procédé d'anastomose par la qualité de ses résultats.

OBSERVATIONS

Ulcères gastriques

Ulcères de la partie moyenne de la petite courbure

OBS. N° 8. — M. Ca..., 49 ans. Souffre depuis 7 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Août 1940. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton. Points de Grey-Turner. Suites très simples. Bouton évacué au 14^e jour.

Revu en Février 1942, va extrêmement bien, n'a plus souffert mais sensation de plénitude postprandiale. A repris 13 kilos depuis l'opération. — Examen radioscopique : petit moignon s'évacuant rapidement, dans un duodénum légèrement dilaté.

OBS. N° 9. — M. Tho..., 48 ans. Souffre depuis 2 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 23 Août 1940. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites excellentes, mais rétention du bouton qui est tombé dans l'estomac. — Scopie : le 3 Octobre 1940, moignon ptosé, troubles d'évacuation gastrique. Réintervention le 8 Octobre 1940 : Ablation du bouton libre dans l'estomac. Gastroentéroanastomose à la suture car la bouche est sténosée, admettant à peine la phalange de l'annulaire.

Le 21 Novembre 1940 a engraisé de 8 kilos. Revu en Février 1942 : excellent état, évacuation par la bouche de gastro, a repris 10 kilos depuis l'opération. Ne souffre plus.

OBS. N° 10. — M. Dus..., 40 ans. Souffre depuis 19 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 27 Août 1940. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites excellentes, bouton évacué un mois après. Revu en Février 1942, résultat magnifique : cultivateur, a repris son tra-

vail, a récupéré son poids normal d'avant la maladie (60 kilos contre 50 avant l'opération). Aucun trouble digestif.

OBS. N° 11. — M. Nov..., 33 ans. Souffre depuis 16 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 14 Septembre 1940. — Volumineux ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites très simples. Bouton évacué au 16^e jour. Revu en Février 1942 : petit moignon gastrique s'évacuant en trombe dans le duodénum qui régularise le transit. Digère très bien, a repris 5 kilos depuis l'opération.

OBS. N° 12. — M. Kas..., 36 ans. Souffre depuis 2 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 25 Octobre 1940. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites très simples, bouton évacué au 18^e jour. Revu en Février 1942 : bonne évacuation gastrique — excellent résultat. Conducteur de camion, a repris son travail 1 mois après l'opération. A largement récupéré son poids normal d'avant la maladie.

OBS. N° 13. — M. Sal..., 38 ans. Souffre depuis 4 ans. Mœléna — transfusion préopératoire.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Décembre 1940. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile ; gros bouton mixte.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour. Moignon s'évacuant un peu rapidement, légère stase duodénale. Revu en Mars 1942 : digestion excellente, va très bien, a repris 6 kilos.

OBS. N° 14. — Mme Gou..., 41 ans. Hématémèse ancienne.

Intervention (Professeur Santy) le 28 Mars 1941. — Ulcère P. C. On blesse la branche duodénale de la pyloroduodénale. Il semble que le duodénum soit mal vascularisé, aussi on le coupe très loin. Gros bouton de Villard.

Suites très simples. Bouton expulsé au 14^e jour. Revue en Octobre 1941 : évacuation rapide dans le duodénum dont la 3^e portion est très dilatée. Va très bien, a repris 4 kilos.

OBS. N° 15. — M. Dai..., 53 ans. Souffre depuis 2 ans. Mœléna. Poids normal : 104 kilos ; à l'entrée : 80 kilos.

Intervention (Professeur Santy) le 25 Avril 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué 1 mois après. Revu en Février 1942 : évacuation très lente du moignon gastrique. N'a pas repris de poids.

OBS. N° 16. — M. Mar..., 46 ans. Histoire récente ; amaigrissement : 10 kilos.

Intervention (Professeur Santy) le 16 Mai 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites idéales. Bouton évacué au 18^e jour. Revu en Février 1942 : aucun trouble fonctionnel. Conducteur de camion, a repris son travail 1 mois après l'opération. A repris 5 kilos.

OBS. N° 17. — M. Rip..., 42 ans. Histoire récente ; poids normal 65 kilos, a maigri de 16 kilos.

Intervention (Professeur Santy) le 27 Mai 1941. — Gastrectomie au gros bouton facile. — Suites très simples. Bouton évacué au 14^e jour. Revu en Février 1942 : excellent état, a repris 7 kg.

OBS. N° 18. — M. Ga..., 41 ans. — Gros ulcère de la P. C. pénétrant dans le foie ; intense réaction inflammatoire : gastrotomie transpylorique le 27 Mai 1941.

Intervention (Professeur Santy) le 29 Juillet 1941. — Gastrectomie très difficile à cause des adhérences. Gastroduodénostomie au gros bouton de Villard.

Suites très simples, mise à part un épisode pulmonaire ; bouton évacué au 20^e jour. Pas revu depuis.

OBS. N° 19. — M. Mor..., 37 ans. Souffre depuis 3 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 23 Août 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile ; gros bouton.

Suites idéales : bouton évacué au 18^e jour.

Revu en Février 1942 : excellent état, a repris son métier un mois après sa sortie et a récupéré son poids normal d'avant la maladie (66 kilos contre 57 avant l'opération).

OBS. N° 20. — M. Bon..., 50 ans. Souffre depuis 22 ans. Melen.

Intervention (Professeur Santy) le 22 Septembre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour. Moignon gastrique moyen se vidant très lentement. Revu en Décembre 1941 : va très bien, a repris 3 kilos.

OBS. N° 21. — M. Iva... Histoire récente.

Intervention (Professeur Santy) le 27 Septembre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13° jour. Petit moignon gastrique s'évacuant rapidement.

Revu en Février 1942 : a repris 8 kilos, va très bien.

OBS. N° 22. — M. Qui..., 30 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 1^{er} Octobre 1941. — Ulcère de la P. C. pénétrant dans le pancréas.

Gastrectomie assez facile au gros bouton.

Suites très simples. Bouton évacué au 12° jour ; grand moignon gastrique d'évacuation lente. Pas de nouvelles depuis.

OBS. N° 23. — M. Sty..., 40 ans. Histoire récente ; deux hématomésès ; transfusion préopératoire.

Intervention (Professeur Santy) le 11 Octobre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites très simples. Le bouton est tombé dans l'estomac mais n'a pas l'air de gêner le malade, qui l'a conservé depuis.

Revu en Février 1942 : excellent état, digestion normale, bouton dans l'estomac ne troublant pas l'évacuation. A récupéré son poids d'avant la maladie (84 kilos contre 57 avant l'opération).

OBS. N° 24. — M. Ma..., 58 ans. Souffre depuis 6 ans. Hématémèse.

Intervention (Professeur Santy) le 18 Octobre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites très simples. Bouton évacué au 12° jour.

Revu en Février 1942 : excellent état, grosse reprise de poids, évacuation par bouchées successives.

OBS. N° 25. — M. Gon..., 31 ans. Histoire très ancienne.

Intervention (Professeur Santy) le 6 Novembre 1941. — Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites parfaites. Bouton évacué au 13° jour.

Revu en Janvier 1942 : digère très bien, a repris 10 kilos, évacuation par bouchées successives dans un duodénum très contractile ; excellent résultat.

OBS. N° 26. — M. Lar..., 63 ans. Souffre depuis 5 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 22 Novembre 1941. — Ulcère P. C. Niche pancréatique.

Suites très simples. Bouton évacué au 18^e jour. — Mort chez lui le 7 Janvier 1942, d'une hémorragie cérébrale.

OBS. N° 27. — M. Rou..., 36 ans. Souffre depuis 5 ans. Ulcère P. C.

Intervention (Professeur Santy) le 13 Décembre 1941. — Gastrectomie facile ; gros bouton *difficile à serrer*.

Le bouton fut évacué 2 mois après.

Suites très simples. Grand moignon s'évacuant bien.

Revu en Mars 1942 : digestion pénible. Scopie : évacuation trop lente de l'estomac, n'a pas repris de poids depuis l'intervention. Ne souffre plus, mais résultat médiocre.

OBS. N° 28. — M. Ga..., 48 ans. Histoire ancienne ; amaigrissement de 16 kilos.

Intervention (Professeur Santy) le 19 Décembre 1941. — Ulcère P. C. Résection très étendue vers la gauche, mais facile.

Suites parfaites. Bouton non évacué.

Revu en Février 1942 : a peu repris de poids, bouton toujours en place, ne gênant pas l'évacuation. Résultat médiocre.

OBS. N° 29. — M. Gru..., 58 ans. Souffre depuis 3 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 19 Décembre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites : troubles d'évacuation avec estomac de stase et vomissements pendant deux jours, cédant au lavage.

Revu en Mars 1942 : excellent état, a repris 5 kilos, digère bien mais est gêné par des repas trop copieux. Le bouton semble être dans l'estomac.

OBS. N° 30. — M. Ber..., 33 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Décembre 1941. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile, gros bouton. Bouton évacué au 12^e jour. Suites très simples.

Revu en Février 1942 : va très bien, a repris 5 kilos, a pratiquement récupéré son poids d'avant la maladie. Bonne évacuation rythmée comme par un pylore.

OBS. N° 31. — M. Le..., 45 ans. Souffre depuis 4 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 23 Janvier 1942. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile gros bouton, mais blessure d'huile

splénique nécessitant une splénectomie. Présence de deux rates accessoires qui sont conservées.

Suites excellentes. Bouton évacué au 17^e jour. Excellente évacuation gastrique. Belle reprise de poids.

OBS. N° 32. — M. Hon..., 36 ans. Souffre depuis 8 ans ; amaigrissement considérable.

Intervention (Professeur Santy) le 4 Janvier 1942. — Gros ulcère P. C. perforé, bouché dans le pancréas. Gastrectomie assez facile au gros bouton.

Suites idéales. Bouton évacué le 15^e jour. Va actuellement très bien, énorme reprise de poids.

OBS. N° 33. — M. Gen..., 42 ans. Souffre depuis 4 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 24 Janvier 1942. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile, gros bouton.

Bouton évacué le 15^e jour. Suites très simples.

Revu un mois après : va très bien, a repris 3 kilos.

OBS. N° 34. — M. Bar..., 64 ans. Souffre depuis 6 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 30 Janvier 1942. — Ulcère P. C. Gastrectomie facile, gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué le 15^e jour.

OBS. N° 35. — M. Fa..., 63 ans. Malade amené d'anémie aiguë. Mélæna, hématurie.

Intervention (Professeur Santy) le 25 Juin 1941. — Un ulcère de la partie moyenne de la P. C., un autre prépylorique. Gastrectomie facile, gros bouton.

Suites parfaites. Bouton évacué au 17^e jour.

Revu 3 mois après : va très bien, a repris 6 kilos. Petit moignon évacuation rapide. L'évacuation générale est réglée par le duodénum.

OBS. N° 36. — M. Fli..., 37 ans. Souffre depuis 8 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 12 Mars 1941. — Un ulcère de la partie moyenne de la P. C. et un petit ulcère pylorique vrai. Gastrectomie facile, gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour.

Revu en Février 1942 : excellent état, a repris 10 kilos, digère normalement. Petit moignon, se vidant rapidement dans le duodénum qui règle l'évacuation.

OBS. N° 37. — M. Ma..., 57 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 3 Juin 1941. — Un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure et un deuxième petit ulcère pylorique vrai. Gastrectomie facile, gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué au 19^e jour.

Revu six mois après : n'a plus souffert, digère bien, a repris 6 kilos ; excellent résultat.

Ulcères juxtapyloriques

OBS. N° 38. — M. Bal..., 51 ans. Souffre depuis 5 ans. Troubles d'évacuation gastrique.

Intervention (Professeur Santy) le 2 Décembre 1940. — Gros ulcère juxtapylorique ; au cours de la libération duodénale on fait une moucheture à la face postérieure du bulbe duodénal, ce qui oblige à le réséquer largement.

Anastomose assez facile au gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites excellentes. Bouton évacué au 6^e jour.

Revu en Février 1942 : est extrêmement satisfait, a repris 10 kilos et a presque récupéré son poids normal d'avant la maladie.

OBS. N° 39. — M. Par..., 32 ans. Souffre depuis 3 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 24 Septembre 1941. — Petit ulcère juxtapylorique. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites excellentes. Bouton évacué au 18^e jour.

Revu en Février 1942 : a repris 10 kilos ; évacuation rythmée par le duodénum, légèrement dilaté mais contractile ; excellent résultat.

OBS. N° 40. — M. Mi... Souffre depuis 20 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 26 Mars 1942. — P. K. extrêmement difficile en raison de la périoduodénite.

Suites excellentes. Bouton évacué au 17^e jour.

Ulcères pyloriques vrais

OBS. N° 41. — M. Mal..., 41 ans. Souffre depuis 2 ans, hématuries.

Intervention (Professeur Santy) le 7 Décembre 1940. — Ulcère

pylorique vrai. Gastrectomie facile, gros bouton. Points de Grey-Turner.

Suites excellentes. Bouton évacué le 20^e jour. R.

Revu en Février 1942 : va très bien, cependant quelquefois sensation de pesanteur prandiale. Evacuation très rapide, dans le duodénum et dans le grêle. N'a repris que 4 kilos.

OBS. N° 42. — Mme Jac..., 46 ans. Souffre depuis 6 ans. Syndrome de sténose pylorique.

Intervention 28 Janvier 1941 (Professeur Santy). — Double ulcère du pylore avec sténose fonctionnelle. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites remarquablement simples. Bouton évacué au 17^e jour.

Revue en Février 1942 : évacuation parfaitement rythmée comme normalement, excellent appétit, digère bien, a récupéré entièrement son poids normal d'avant la maladie. Excellent résultat.

OBS. N° 43. — M. Cou..., 41 ans. Souffre depuis 12 ans. Syndrome de sténose du pylore.

Intervention (Professeur Santy) le 14 Février 1941. — Ulcère pylorique, avec grand estomac de sténose fonctionnelle, très largement réséqué. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites sans incidents.

Revu en Février 1942 : a évacué son bouton deux mois environ après l'opération, va très bien, n'a jamais ressouffert, a repris 6 kilos, est très satisfait. Evacuation parfaitement rythmée.

OBS. N° 44. — M. Son..., 45 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 16 Février 1942. — Ulcère pylorique vrai avec sténose fonctionnelle. Très grand estomac. Très large gastrectomie.

Suites excellentes. Bouton évacué au 15^e jour. Très bon résultat.

Ulcères juxtacardiaques

OBS. N° 45. — M. Cas..., 33 ans. Souffre depuis 6 ans.

Intervention (MM. D^{rs} Ballivet et Bérard) le 22 Mars 1941. — Ulcère juxtacardiaque de la petite courbure. On a des difficultés pour fermer la tranche gastrique, ce que l'on ne peut faire qu'après

avoir enlevé le clamp ; large libération duodénale. Gastroduodénostomie assez facile malgré tout au gros bouton de Villard. Sur la pièce la résection passe à deux centimètres au-dessus de l'ulcère.

Suites très simples. Malade indocile qui boit une bouteille de champagne le premier jour. Bouton évacué au 18^e jour.

Revu un mois plus tard : a repris 2 kilos, moignon gastrique s'évacuant très vite.

OBS. N° 46. — M. Font..., 41 ans. Souffre depuis 5 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 29 Octobre 1941. — Ulcère cavitaire juxtacardiaque, térébrant dans le pancréas. Sur la pièce, la section passe immédiatement au-dessus de l'ulcère. A cause du manque d'étoffe la section est oblique, conservant plus sur la grande courbure que sur la petite.

Suites très simples. Le malade, revu en Février 1942, n'a pas évacué son bouton. Très bon état, a récupéré son poids normal, mais souffre de plénitude gastrique avec nausées et évacuations très lentes. La radioscopie montre que le bouton vient obturer par instant la bouche anastomotique.

Réintervention le 10 Février 1942. — Gastrotomie, bouche anastomotique minuscule dilatée au doigt ; ablation du bouton

Suites excellentes.

Les trois autres observations d'ulcères juxtacardiaques ont été déjà citées dans le texte.

OBS. N° 47. — Mme Fra..., 71 ans. Histoire très ancienne.

Intervention (Professeur Santy) le 10 Novembre 1941. — Très gros ulcère de la P. C. adhérent au pancréas.

Suites : Au 7^e jour, alors que tout allait bien, douleur brutale, syndrome de perforation. Mort le lendemain. Il s'est certainement agi d'une désunion, mais la vérification n'a pas pu être faite.

OBS. N° 48. — M. Fle..., 52 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 13 Mars 1942. — Gastrectomie très facile pour ulcère de la P. C.

Au 6^e jour, syndrome d'hémorragie interne. Réintervention : grande quantité de sang dans la loge splénique. Il est impossible de reconnaître le vaisseau qui saigne.

Nécropsie le lendemain : il s'agit en réalité d'une hémorragie

due à la rupture d'un vaisseau court dans le ligament gastro-splénique, hémorragie qui a dû se faire en plusieurs temps. Cette rupture artérielle est due vraisemblablement aux tractions sur l'estomac lors de la libération de la grande courbure.

Ulcères du duodénum

Ulcères duodénopyloriques

OBS. N° 49. — Mme Iba..., 29 ans. Histoire gastrique ancienne.

Intervention (Professeur Santy) le 15 Février 1941. — Ulcère duodénopylorique. Libération du duodénum assez difficile, adhérences importantes au pancréas.

Suites très simples, sauf le premier jour : vomissements noirs, un lavage d'estomac. Bouton évacué au 20^e jour.

Revue 2 mois plus tard : a repris 2 kilos.

OBS. N° 50. — M. Ri..., 48 ans. Souffre depuis 12 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 28 Février 1941. — Gros ulcère D. P. Dissection duodénale difficile ; grosse rétraction du bulbe.

Suites extrêmement simples. Bouton évacué au 18^e jour.

Revu en Février 1942 : état général excellent, a repris 4 kilos, a récupéré presque complètement son poids normal. Très bon résultat.

OBS. N° 51. — M. Has..., 36 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 4 Avril 1941. — Large libération duodénale facile.

Suites excellentes. Bouton évacué au 18^e jour. Pas de nouvelles.

OBS. N° 52. — Mme Cha..., 37 ans. Ulcus hémorragique mélena. Syndrome gastrique ancien.

Intervention (Professeur Santy) le 24 Avril 1941. — Un ulcère P. C., un ulcère D. P. Large libération duodénale sans difficulté, gastrectomie étendue.

Suites très simples mais bouton non évacué, sans doute dans l'estomac ; reprise de poids : 4 kilos en 9 mois. Bon résultat.

OBS. N° 53. — M. Bouc..., 37 ans. Souffre depuis 10 ans. Avant sa maladie, pèse 57 kilos.

Intervention (Professeur Santy) le 3 Juin 1941. — Gros ulcère pyloroduodénal. Intervention facile mais bouton mal serré, d'où deux surjets de sécurité.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, a repris largement son poids normal, pèse 59 kilos, a repris 9 kilos depuis l'intervention.

OBS. N° 54. — M. Des..., 55 ans. Souffre depuis 20 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 11 Juin 1941. — Gastro-duodénectomie assez facile.

Suites excellentes.

Revu en Février 1942 : bouton dans l'estomac, va aussi bien que possible, a repris 10 kilos depuis son intervention.

OBS. N° 55. — M. Las..., 42 ans. Histoire très ancienne ; gros amaigrissement.

Intervention (Professeur Santy) le 27 Juin 1941. — Facile, au bouton de Villard moyen.

Suites troublées. Troubles d'évacuation immédiats, poche gastrique distendue, ne cédant pas au lavage.

Réintervention le 29 Juin. — Poche très distendue. Gastroentéroanastomose antérieure au Bouton de Jaboulay.

Suites très simples. A évacué ses deux boutons 16 jours après.

Scopie : estomac incontinent, vidange instantanée par les deux orifices ; actuellement va très bien, reprend du poids.

OBS. N° 56. — M. Sme..., 42 ans. Souffre depuis 9 ans. Syndrome de sténose.

Intervention (Professeur Santy) le 9 Juillet 1941. — Gros ulcère D. P. Libération duodénale facilement large, gros bouton.

Suites : bouton évacué le 15^e jour. Pas de nouvelles.

OBS. N° 57. — M. Co..., 41 ans. Souffre depuis 12 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 28 Juillet 1941. — Ulcère D. P. avec périiduodénite intense et duodénum fixé très loin à droite. Un ulcère de la P. C.

Suites très simples.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, a presque récupéré son poids normal, a repris son travail 25 jours après l'opération. Excellente évacuation gastrique, bien que le bouton soit dans l'estomac.

OBS. N° 58. — M. Fra..., 46 ans. Souffre depuis 15 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 2 Août 1941. — Un ulcère de la P. C. Un gros ulcère D. P.

Suites très simples. Bouton évacué au 20^e jour.

Revu 4 mois après : va extrêmement bien, belle reprise de poids : 7 kilos.

OBS. N° 59. — M. Wa..., 24 ans. Souffre depuis 4 ans.

Intervention (D^r Bertrand) le 22 Août 1941. — Ulcère D. P. Gastrectomie facile.

Suites excellentes. Evacuation du bouton au 12^e jour.

Revu en Février 1942 : excellent état, a presque récupéré son poids normal.

OBS. N° 60. — M. Ri..., 42 ans. Ulcère perforé le 16/10/41. Pas de gastro. Souffre toujours.

Intervention (Professeur Santy) le 21 Novembre 1941. — Gros ulcère D. P. Libération très facile et très poussée du duodénum.

Suites très simples. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu en Février 1942 : n'a repris que 3 kilos.

OBS. N° 61. — M. Mey..., 34 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 29 Novembre 1941. — Enorme ulcère D. P. ayant rétracté la P. C. Libération très difficile du duodénum et poussée très loin. Gros bouton de Villard ; double surjet de sécurité.

Suites très simples. Bouton évacué au 15^e jour.

Revu en Février 1942 : est très satisfait, mais n'a repris que 2 kilos.

OBS. N° 62. — M. Cua..., 49 ans. Souffre depuis 20 ans.

Intervention (D^r M. Bérard) le 23 Décembre 1941. — Ulcère D. P. Gastrectomie facile, gros bouton de Villard.

Suites excellentes. Bouton évacué le 40^e jour.

Revu en Mars 1942 : a repris son poids normal d'avant la maladie. Très bon résultat.

OBS. N° 63. — M. Pon..., 40 ans. Souffre depuis 20 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 23 Décembre 1941. —
Ulcère D. P. avec intense périoduodénite fixant le duodénum qu'il faut libérer très loin.

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, n'a repris que 4 kilos.

OBS. 64. — M. Du..., 37 ans. Souffre depuis 6 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 6 Janvier 1942. — Gros ulcère D. P. Libération assez difficile.

Suites excellentes. Bouton évacué au 17^e jour.

Va extrêmement bien depuis.

Ulcères de la première portion du duodénum

OBS. N° 65. — M. Va..., 36 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Novembre 1941. —
Ulcère loin situé sur le bulbe ; libération facile.

Suites très simples. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, estomac content. A récupéré son poids normal d'avant la maladie.

OBS. N° 66. — M. Rci..., 37 ans. Souffre depuis 15 ans.

Intervention (D^r Ballivet) le 20 Novembre 1940. — Gros ulcère du bulbe. Libération assez facile. Points de Grey-Turner.

Suites troublées. Syndrome d'hémorragie interne au 3^e jour. Le lavage d'estomac ramène une grande quantité de sang. Transfusion et réintervention le 23 Novembre 1940. Suffusion sanguine sur la tranche gastrique. Mise en place d'un tube de Camus.

Suites très simples. Bouton évacué au 15^e jour.

Revu en Août 1941 : Va très bien, a repris son poids normal.

OBS. N° 67. — Mme Im..., 42 ans. Histoire gastrique ancienne.

Intervention (Professeur Santy) le 7 Janvier 1941. — Ulcère cavitairé de la P. C., ulcère loin situé sur le bulbe. Dissection très poussée et difficile du duodénum.

Suites extrêmement simples. Bouton évacué au 17^e jour. —
Actuellement : va très bien, a repris du poids, mais pas de détails.

OBS. N° 68. — M. Gi..., 36 ans. — Deux ans auparavant, gastroentéroanastomose pour U. D. ; actuellement, syndrome d'ulcère peptique.

Intervention (Professeur Santy) le 3 Mars 1941. — Ulcère du bulbe en activité, ulcère peptique sur la bouche de gastro. Dégastrontérostomie, fermeture de l'anse jejunaie en 3 plans. Malgré tout, Pean-Kocher au gros bouton.

Suites excellentes. A gardé 4 mois son bouton dans le duodénum.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, mais n'a repris que 2 kilos.

OBS. N° 69. — M. Ra..., 39 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 4 Mars 1941. — Enorme ulcère du bulbe duodénal donnant l'impression d'une perforation imminente qui se réalise au cours de l'intervention. Libération difficile jusqu'au genu superius.

Suites très simples. Bouton évacué au 14^e jour.

Revu en Février 1942 : a repris 18 kilos et en pèse 76, soit 8 kilos de plus qu'avant sa maladie en 1930.

OBS. N° 70. — M. Bla... Edouard, 42 ans. Souffre depuis 3 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 7 Mars 1941. — Ulcère du bulbe. Libération facile jusqu'au genu.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, a repris son poids normal d'avant la maladie, soit 6 kilos depuis son opération.

OBS. N° 71. — M. Per..., 37 ans. Amené en état d'anémie aiguë, méloena.

Intervention (Professeur Santy) le 25 Mars 1941. — Volumineux ulcère loin situé sur le duodénum. Gastrectomie relativement facile. — Suites sans incident. Bouton évacué au 21^e jour. A repris 7 kilos en 4 mois.

OBS. N° 72. — M. Pol..., 19 ans. Malade opéré d'ulcère perforé en 1939 en pleine péritonite au 3^e jour, sans gastro-entéroanastomose (R. Chattot). Continue à souffrir.

Intervention (Professeur Santy) le 19 Avril 1941. — Ulcère duodénal en activité. Libération très difficile et étendue du duodénum. Fixation du moignon gastrique à la paroi pariétale.

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour. — Pas de nouvelles.

OBS. N° 73. — M. Tho..., 31 ans. Souffre depuis 8 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 26 Mai 1941. — Gros ulcère du bulbe adhérent au pancréas.

Suites très simples. Bouton évacué au 10^e jour.

Revu en Juillet 1941 : a repris 5 kilos.

OBS. N° 74. — M. Au..., 48 ans. Souffre depuis 18 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 2 Juillet 1941. — Ulcère de la P. C., ulcère du bulbe. Gastrectomie facile.

Suites très simples. Bouton évacué au 12^e jour.

Scopie : grand moignon s'évacuant lentement ; dilatation importante de D. II donnant l'aspect d'une biloculation sur un estomac non réséqué.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien, ne suit aucun régime, a repris 14 kilos.

OBS. N° 75. — M. Bay..., 34 ans. Histoire récente.

Intervention (Professeur Santy) le 19 Août 1941. — Gastrectomie facile.

Suites simples. Bouton évacué au 15^e jour.

Revu en Février 1942 : n'a pas repris de poids, mais va très bien.

OBS. N° 76. — M. Rai..., 34 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 31 Octobre 1941. — Gros ulcère loin situé sur le bulbe. Pean-Kocher assez difficile.

Bouton évacué au 14^e jour.

Revu récemment : est très satisfait, a repris 4 kilos.

OBS. N° 77. — M. Gou..., 21 ans. Souffre depuis 9 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 2 Décembre 1941. — Gros ulcère de la partie moyenne du duodénum ayant complètement rétracté et déformé la première portion ; cependant Pean-Kocher assez facile.

Suites normales. Bouton évacué au 13^e jour. A repris 5 kilos en 1 mois.

OBS. N° 78. — M. Mar..., 29 ans. Souffre depuis 5 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 18 Décembre 1941. — Gros

ulcère du bulbe avec périoduodénite intense. Libération très difficile.

Suites normales. Bouton évacué au 9^e jour.

Revu en Février 1942 : va extrêmement bien.

OBS. N° 79. — M. Ger..., 39 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 10 Janvier 1942. — Incision sous-costale droite. Volumineux ulcère de D. I adhérent à la vésicule. Libération extrêmement poussée du duodénum. Large gastrectomie.

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour. Pas revu.

OBS. N° 80. — M. Ri..., 57 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention le 17 Janvier 1942 (Professeur Santy). — Gros ulcère du bulbe très adhérent au pancréas. Libération difficile jusqu'au genu.

Suites très normales, sauf un lavage d'estomac le 2^e jour. Bouton évacué au 6^e jour.

Revu depuis : belle reprise de poids.

OBS. N° 81. — M. Bre..., 63 ans. Souffre depuis 4 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 19 Février 1942. — Incision sous-costale. Ulcère duodénal très loin situé, dont la libération est très difficile. Très large gastrectomie (cf. cliché N°).

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu : va très bien, mais reprend peu de poids.

OBS. N° 82. — M. Dur... Souffre depuis 2 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 24 Février 1942. — Duodénectomie extrêmement difficile pour ulcère loin situé et adhérent. Exérèse très large (cf. Cliché N°).

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu le 27 Avril : a récupéré largement son poids de santé.

OBS. N° 83. — M. Bag..., 41 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Mars 1942. — Duodénectomie très difficile pour double ulcère duodénal loin situé. Libération très poussée de la première portion. Exérèse large. (Cf. Cliché N°).

Bouton évacué au 11^e jour. Suites excellentes. A repris 5 kilos en 3 mois.

Revu le 4 Mai : a repris 4 kilos.

OBS. N° 84. — M. Raf..., 51 ans. Souffre depuis 5 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 1^{er} Avril 1942. — Gros ulcère de D. I avec intense périduodénite. Dissection duodénale assez difficile. Exérèse large.

Suites excellentes. Bouton évacué au 12^e jour.

Revu le 1^{er} Mai : a repris 3 kilos, va extrêmement bien.

OBS. N° 85. — M. Mar... Jean, 46 ans. Souffre depuis 7 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 3 Avril 1942. — Ulcère de D. I avec grosse périduodénite. Libération difficile jusqu'au génu supérieurs.

Suites normales. Bouton évacué au 13^e jour.

OBS. N° 86. — M. Vey..., 54 ans. Souffre depuis 10 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 20 Juin 1941. — Banal ulcère P. D. Péan-Kocher facile.

Suites d'abord excellentes puis, le 27 Juin, syndrome de perforation : réintervention immédiate : désunion de la tranche gastrique. L'anastomose était intacte.

Mort par péritonite le 27 Juin.

OBS. N° 87. — Pier..., 24 ans. Souffre depuis 6 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 1^{er} Mars 1942. — Ulcère du bulbe duodéal à 2 centimètres du pylore. Périduodénite intense, adhérence vésiculaire. Au total, gastrectomie assez facile. Péan-Kocher.

Au 11^e jour, douleur brutale avec syncope, pâleur, pouls imperceptible. Tout s'arrange avec un traitement médical.

Au 14^e jour, Mœlena abondant et syndrome de perforation. Réintervention immédiate (D^r Bérard) après transfusion. Il s'agit d'une perforation cloisonnée sous le foie et d'une hémorragie de l'artère gastro duodénale. Il y a désunion de la suture gastrique, l'anastomose a parfaitement tenu. Mise en place d'un tube duodéal.

Mort le 4 Avril.

Il s'est agi d'une désunion et d'une hémorragie secondaire.

Cancers gastriques

OBS. N° 88. — Mme Mor..., 62 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 13 Novembre 1940. — Fibromyosarcome de la P. C. Dissection duodénale très poussée et difficile. Gastroduodénostomie au gros bouton de Villard. Points de Grey-Turner.

Suites : Un lavage d'estomac au 2° jour, puis tout rentre dans l'ordre ; bouton évacué au 20° jour.

Revue un an après : n'a repris que 3 kilos, mais digestion normale. La malade est très satisfaite.

OBS. N° 89. — Mme Dro..., 58 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 29 Janvier 1941. — Cancer de la P. C. juxtapylorique. Gastrectomie facile au gros bouton.

Suites extrêmement simples. Bouton évacué au 18° jour.

Revue en Février 1942 : n'a pas repris de poids, petite courbure un peu rigide et fixée. On craint une récurrence.

OBS. N° 90. — Mme Pou..., 47 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 12 Février 1941. — Cancer de l'antrum pylorique. Gastrectomie facile.

Suites idéales.

Revue en Février 1942 : bouton dans l'estomac ne gênant pas l'évacuation ; peu de reprise de poids.

OBS. N° 91. — M. Rie..., 36 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 15 Février 1941. — Cancer de la P. C. Gastrectomie très facile.

Suites excellentes. Bouton évacué au 16° jour. — Pas de nouvelles depuis.

OBS. N° 92. — Mme Pro..., 55 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 10 Mars 1941. — Echinocystome de l'estomac, très large gastrectomie au gros bouton de Jaboulay.

Suites extrêmement simples. Bon résultat lointain.

OBS. N° 93. — M. Lam..., 51 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 13 Mai 1941. — Gastrectomie facile.

Suites très simples, mais peu de reprise de poids. Bouton non évacué.

OBS. N° 94. — Mme Cor..., 50 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 9 Août 1941. — Cancer du pylore. Gastrectomie très facile.

Suites excellentes. Bouton évacué au 13^e jour. A repris 6 kilos en 2 mois et a récupéré son poids d'avant la maladie en 6 mois. Très bon résultat.

OBS. N° 95. — M. Cur..., 64 ans. Tumeur perceptible à la palpation, énorme lacune sur la P. C. Le malade reçoit 21 injections intraveineuses de Ferriscorbone. La lacune ayant diminué dans de grandes proportions, la gastrectomie semble faisable.

Intervention (Docteur M. Bérard) le 18 Octobre 1941. — Gastrectomie très facile au gros bouton.

Suites très simples mais, au 9^e jour, incident aigu de subocclusion dû à la migration du bouton.

OBS. N° 96. — M. Poi..., 57 ans. Grosse lacune sur la P. C. 21 piqûres de Ferriscorbone amenant une modification importante de l'image radiologique.

Intervention (Docteur M. Bérard) le 28 Octobre 1941. — Gastrectomie très facile.

Suites très simples.

Revu en Janvier 1942 : digère très bien, a pris 5 kilos.

OBS. N° 97. — M. Lub..., 45 ans.

Intervention (Professeur Santy) le 9 Février 1942. — Gros cancer prépylorique.

Suites très simples. Evacuation du bouton au 17^e jour.

Très bon résultat.

OBS. N° 98. — M. Man... Pierre, 62 ans. Volumineuse lésion de l'antré pylorique avec périoduodénite fixant la vésicule à D. I.

Intervention (Professeur Santy). — Gastrectomie facile et large.

Suites excellentes. Pas revenu depuis sa sortie de l'Hôpital.

OBS. N° 99. — M. Bal..., 52 ans.

Intervention (Docteur Ballivet) le 5 Mars 1941. — Gastrectomie extrêmement difficile pour cancer très étendu, sur un malade au mauvais état général. Points de Grey-Turner.

Mort de collapsus sept jours après.

OBS. N° 100. — M. Far..., 58 ans. Enorme tumeur susombilicale perceptible à la palpation et visible sous le tégument.

Intervention (Professeur Santy) le 1^{er} Juillet 1941. — Il s'agit d'un énorme cancer de la grande courbure adhérent au mesocolon transverse, dont les vaisseaux sont blessés au cours de la dissection. Rétablissement gastroduodéal facile au bouton de Villard.

Mort par défaillance cardiaque une semaine après.

CONCLUSIONS

I. — Bien que l'anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie soit sans conteste la plus en vogue à l'heure actuelle, elle ne donne pas toute satisfaction, et il est légitime de songer à revenir aux anciens procédés de gastro-duodénostomie, plus rationnels et plus physiologiques, toujours utilisés du reste par certains chirurgiens étrangers.

II. — Mais la gastro-duodénostomie souffre d'un lourd discrédit et les préjugés qui demeurent encore dans l'esprit des chirurgiens doivent être vigoureusement combattus. La technique utilisée par Monsieur Santy pour réaliser l'anastomose à laquelle nous avons donné le nom de Péan-Kocher, montre en effet que l'on peut parer à tous les inconvénients qu'il est classique de reprocher à ce mode idéal de terminaison. Grâce à la mobilisation spéciale imposée au duodénum et à l'utilisation du bouton de Villard, la gastro-duodénostomie devient aisée, sans danger, et largement applicable.

III. — Le Péan-Kocher permet de mener à bien l'immense majorité des gastrectomies, qu'il s'agisse d'ulcères banaux de la petite courbure, d'ulcères juxta-cardiaques ou d'ulcères duodénaux qui obligent pourtant à une exérèse particulièrement étendue. Il est également applicable aux cancers, bien que dans les néoplasmes les tissus gastriques ou duodénaux ne constituent pas un matériel de choix pour ce genre d'anastomose.

IV. — La gastro-duodénostomie à la Péan-Kocher donne les résultats que l'on est en droit d'attendre d'une opération qui ménage au maximum la fonction gastrique et rétablit au mieux l'état anatomo-physiologique normal. Sa faible mortalité (qui est celle de toutes les gastrectomies, quel qu'en soit le type), l'étonnante simplicité de ses suites et la qualité de ses résultats fonctionnels éloignés (en particulier en ce qui concerne la reprise de poids) permettent de considérer cette méthode comme très supérieure à toutes les gastro-jéjunostomies. C'est pourquoi nous en faisons le procédé de choix.

Vu :
Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :
Le Président de la Thèse,
SANTY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 18 Juin 1942.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

TABLE DES MATIÈRES

Le mode d'anastomose après gastrectomie	
Evolution des idées et des techniques	13
Les conditions anatomiques du rétablissement de la conti-	
nuité gastroduodénale	25
La dissection duodénale	26
L'anastomose au bouton	32
La Technique opératoire	37
La libération gastroduodénale	38
La résection et l'anastomose	42
Indications et possibilités	53
Dans les ulcères d'accès facile	54
Dans les ulcères d'accès difficile	56
Ulcères juxtacardiaques	57
Ulcères duodénaux	69
Dans les cancers gastriques	81
Les avantages	82
Les résultats	85
Suites immédiates	85
La mortalité	88
L'évacuation du bouton	89
Le fonctionnement radiologique	92
Les résultats fonctionnels éloignés	98
Observations	103
Conclusions	123

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES. M. & L. RIOU
42. QUAI GAILLETON. 42
LYON

